



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

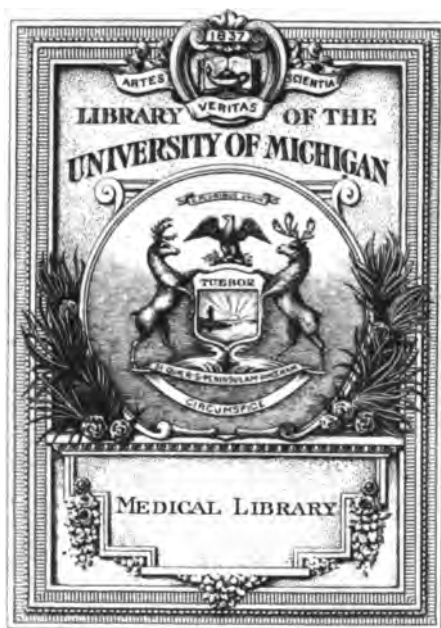
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

B 3 9015 00212 665 7
University of Michigan - BUHR





610
S67
M

h253

MEMOIRES ET BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE
ET DE CHIRURGIE
DE BORDEAUX
..3

0113

MEMOIRES ET BULLETINS

DE LA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

ET DE CHIRURGIE

DE BORDEAUX

ANNÉE 1893

PARIS
G. MASSON, LIBRAIRE,
120, boulevard Saint-Germain.

BORDEAUX
FERET ET FILS, LIBRAIRES,
cours de l'Intendance, 15

1894



medical
Gottschalk
5-24-27
14195-

v

FONDATION DE LA SOCIÉTÉ

EXTRAIT DU REGISTRE des Délibérations de l'Administration centrale du département de la Gironde; séance du 18 prairial, an VI⁽¹⁾ de la République française, une et indivisible.

Vu la pétition de la société de médecine qui étoit séante aux cy-devant dominicains, tendante à obtenir la grande salle du rez-de-chaussée de la Bibliothèque nationale pour y tenir ses séances, attendu qu'elle a été contrainte de céder le local qu'elle occupoit à l'administration des subsistances militaires;

Vu le règlement de cette société et l'arrêté du 24 ventose⁽²⁾ qui lui accorde sa demande;

Vu la pétition de la société de médecine clinique par laquelle elle observe que par arrêté du 16 messidor de l'an IV⁽³⁾, la salle réclamée fut mise à sa disposition et que ses règlements furent adoptés et envoyés au ministre de l'intérieur;

Vu également l'arrêté du 16 messidor an IV⁽⁴⁾;

Considérant que c'est un devoir sacré pour des administrateurs de favoriser de tout leur pouvoir les institutions qui ont pour but le progrès des sciences et des arts et le bien de l'humanité;

Considérant que les travaux ordinaires des deux sociétés ont un but utile, la réunion et la propagation

(1) 6 juin 1798.

(2) 14 mars 1798.

(3) 3 juillet 1796.

(4) 3 juillet 1796.

des lumières relatives à l'art de guérir et une plus heureuse application des secours de cet art aux maux des citoyens;

Considérant que les lumières et les efforts des membres qui composent ces deux sociétés eussent été plus utiles encore et plus avantageux à l'art qu'ils professent, s'ils s'étaient réunis en une seule société; que cette réunion salubre est le vœu du très grand nombre des officiers de santé de Bordeaux, et qu'il importe de prendre des mesures efficaces pour réaliser ce vœu patriotique;

Considérant que c'est sans doute à la division des officiers de santé en deux sociétés qu'est dû l'éloignement pour l'une ou pour l'autre de quelques-uns de ceux qui exercent honnorablement à Bordeaux cette profession;

Considérant qu'il suffit de montrer la nécessité d'une réunion sincère et amicale à des hommes qui ont déjà bien mérité de leurs concitoyens pour les engager à l'opérer promptement, et à travailler de concert, avec de plus grands succès qu'auparavant, aux progrès de l'art de guérir, à l'instruction de leurs successeurs et à la conservation de leurs semblables.

L'administration centrale du Département de la Gironde, ouï le Commissaire du Directoire Exécutif;

ARRÊTE :

ART. 1^{er}. — L'arrêté de l'administration, en date du 16 messidor an IV ⁽¹⁾, qui accorde la salle du rez-de-chaussée à la Bibliothèque nationale, à la société clinique de médecine, et celui du 24 ventose dernier qui accorde la même salle à la société de médecine cy devant séante aux Dominicains sont rapportés.

ART. 2. — La sus-ditte salle est accordée provisoire-

(1) 3 juillet 1796.

ment aux officiers de santé de Bordeaux qui se réuniront en une seule et unique société.

ART. 3. — Les citoyens Barat, Guérin, Dubedat, Betbeder, Cazejus, Duburg, Baquei ⁽¹⁾, Grassi, Villers, Gaubert, Barbeguière, Lamothe, Dupont, Ichery, Lapeyre, Telières ⁽²⁾, Lates ⁽³⁾, Fabas, Menjot, Ceyrat, Capel ⁽⁴⁾ sont invités à concerter entre eux le mode à prendre pour réunir les officiers de santé de Bordeaux en une seule société et faire en sorte que les désirs de l'administration centrale s'accomplissent.

ART. 4. — L'administration municipale du centre est chargée de disposer sans délai ce local, pour y recevoir les dits officiers de santé.

ART. 5. — Les premières séances tenues dans ledit local seront consacrées à la rédaction et à l'adoption d'un règlement qui sera immédiatement soumis à l'approbation de l'administration centrale et transmis au ministre de l'intérieur.

Délibéré en séance de l'administration centrale du Département de la Gironde, à Bordeaux, le dix-huit prairial an VI ⁽⁵⁾.

Pour Expédition :

BALGUERIE FILS, *Président.*

FAURE, *Secrétaire.*

⁽¹⁾ Bacqué.

⁽²⁾ Thelière.

⁽³⁾ Lattes.

⁽⁴⁾ Capelle.

⁽⁵⁾ 6 juin 1798.

DÉCRET DU 26 AOUT 1857.

qui reconnaît comme établissement d'utilité publique la Société de Médecine de Bordeaux ⁽¹⁾.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale,

EMPEREUR DES FRANÇAIS, à tous présents et à venir, salut.

Sur le rapport de notre Ministre Secrétaire d'État au département de l'Instruction publique et des Cultes;

Vu la demande formée par la Société de Médecine de Bordeaux;

Vu les rapports de M. le Préfet de la Gironde, en date du 27 décembre 1856, et de M. le Recteur de l'Académie de Bordeaux, en date du 5 février 1855;

Notre Conseil d'État entendu;

AVONS DÉCRÉTÉ ET DÉCRÉTONS CE QUI SUIT :

ART. 1^{er}. — La Société de Médecine de Bordeaux est reconnue comme établissement d'utilité publique.

ART. 2. — Les statuts de ladite Société, tels qu'ils sont annexés au présent décret, sont et demeurent approuvés.

ART. 3. — Notre Ministre Secrétaire d'État au département de l'Instruction publique et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 26 août 1857.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

*Le Ministre Secrétaire d'État de la Guerre,
chargé par intérim du département de
l'Instruction publique et des Cultes,*

VAILLANT.

(1) *Bulletin des Lois* (partie supplémentaire), 1857, p. 516, n° 6,353.

DÉCRET DU 10 FÉVRIER 1874

qui autorise la *Société de Médecine de Bordeaux* à prendre le titre de « *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux* » (¹).

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,
Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique,
des Cultes et des Beaux-Arts;

Sur les demandes formées par la Société de Médecine de Bordeaux et la Société médico-chirurgicale de la même ville à l'effet d'être autorisées à se réunir en une seule Société portant le titre de *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*;

Vu l'avis favorable du Préfet de la Gironde;

Vu le décret, en date du 26 août 1857, qui reconnaît comme établissement d'utilité publique la Société de Médecine de Bordeaux

Le Conseil d'État entendu;

DÉCRÈTE :

ART. 1^{er}. — La Société de Médecine de Bordeaux est autorisée à prendre le titre de *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*.

ART. 2. — Les nouveaux Statuts de la Société de Médecine de Bordeaux sont approuvés tels qu'ils sont joints au présent décret.

ART. 3. — Le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Versailles, le 10 février 1874.

Mal DE MAC-MAHON.

Le Ministre de l'Instruction publique,
des Cultes et des Beaux-Arts,
DE FOURTOU.

(¹) *Bulletin des Lois* (partie supplémentaire), 1874, p. 999, n° 4,747.

LEGS ET PRIX FAURÉ

FAURÉ, JEAN-JOSEPH. Né à Bordeaux en 1795. Pharmacien de première classe en 1830. Admis dans la Société en 1830. Président en 1851. Décédé à Bordeaux en 1869.

« Je donne et lègue à la Société impériale de Médecine de Bordeaux, dont j'ai l'honneur d'être membre depuis près de quarante ans, un coupon de cinquante francs de rente trois pour cent. J'affecte cette somme à fonder un prix de trois cents francs qui sera décerné tous les six ans au meilleur mémoire sur une question intéressant l'hygiène de la population peu aisée de notre ville, au choix de la Société. »

(Testament olographe du 30 mars 1868.)

(Ce prix sera décerné en 1898.)

LEGS ET PRIX DUBREUILH

DUBREUILH, JEAN. Né à Bordeaux en 1794. Docteur en chirurgie en 1820. Admis dans la Société en 1833. Président en 1841 et en 1860. Membre honoraire en 1867. Décédé à Bordeaux en 1877.

« Je donne et lègue à la Société de Médecine de Bordeaux la somme de trois mille francs, dont les intérêts, cumulés pendant quatre ans, formeront un prix que la Société appliquera à une question qui sera mise au concours sur un sujet spécial, ayant pour objet d'éclairer un point d'obstétrique ou une question se rattachant aux affections puerpérales, recherchant celles qui ont le plus besoin d'être éclairées au point de vue théorique et pratique, et en donnant assez de temps aux concurrents pour que leurs travaux soient aussi complets que possible. Si le prix n'était pas mérité, je laisse à notre Compagnie le soin de remettre la question au concours ou d'opérer telle modification qu'elle aura jugé la plus sage et la plus avantageuse à la Société, mais sans s'écarter de ces questions spéciales. »

(Testament olographe du 14 avril 1800.)

(Ce prix sera décerné en 1896.)

Décision du Conseil d'administration du 28 janvier 1880. — Le Conseil décide que le prix Dubreuilh sera de quatre cents francs et donné tous les quatre ans.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Membres du Bureau depuis sa fondation.

En 1798, les médecins chargés par l'art. 3 de l'arrêté du 18 prairial, an vi, de fonder à Bordeaux une Société de Médecine, invitent les médecins, chirurgiens et pharmaciens de la ville, à se réunir séparément et à nommer des délégués pour élaborer en commun le règlement de la nouvelle Société.

Barbeguière préside la réunion des médecins, Carrié (L.) celle des chirurgiens, Malleville celle des pharmaciens et De Grassi préside les Assemblées qui instituent la Société et en établissent le règlement.

PRÉSIDENTS.

1798. GROSSARD.	1803. LAPEYRE (J. B.)	1810. LAPEYRE (J. B.)
1799. GUÉRIN (P.).	DESÈZE.	1811. CAILLAU.
COMET.	1804. ARCHBOLD.	1812. CARRIÉ (A.).
LAMOTHE (V.).	COMET.	1813. DE GRASSI.
CAZÉJUS.	1805. GUÉRIN (P.).	1814. LAPEYRE (J. B.)
1800. LUCADOU.	1806. LAMOTHE (V.).	1815. DUPONT (P.).
MESTIVIER (P.).	1807. DE GRASSI.	1816. GUITARD.
1801. DE GRASSI.	1808. CAZÉJUS.	1817. GUÉRIN (J.-B.).
1802. GUÉRIN (P.).	1809. CAPELLE.	1818. RÉVOLAT (E.) ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Outre les noms ci-dessus, l'*Almanach de la Société de Médecine* pour l'année 1819, indique comme ayant présidé la Société depuis son institution, Barat, Barbeguière, Betbeder, Mendlin, Jonquet et Alary. Jusqu'à l'année 1806, nos Archives présentent des lacunes telles qu'il nous a été impossible de donner une liste complète des Présidents de 1800 à 1806 et nous ignorons à quelle époque ont été Présidents les sociétaires désignés par l'*Almanach*.

G. S.

XIV

1819. BACQUÉ.	1844. FAGET.	1869. LAFARGUE.
1820. BOURGES.	1845. DUPONT (G.).	1870. BURGUET (G.).
1821. ANTHONY (L.).	1846. VENOT (J.).	1871. FLORNOY.
1822. DUPUY (S.).	1847. ARTHAUD.	1872. LARRIVIÈRE.
1823. CANIHAC.	1848. FASILEAU.	1873. PERRENS.
1824. SAINCRIC.	1849. BARNETCHE.	1874. MOUSSOUS (L.).
1825. GUÉRIN (J.-B.).	1850. ROLLET.	1875. DUPUY (P.).
1826. BRULATOUR (P.).	1851. FAURÉ.	1876. AZAM.
1827. LARTIGUE.	1852. PERRIN.	1877. DELMAS.
1828. DARISTE.	1853. GINTRAC (E.).	1878. DE BIERMONT.
1829. LAPEYRE (J.-F.).	1854. COSTES.	1879. VENOT (N.).
1830. GINTRAC (E.).	1855. BOISSEUIL.	1880. CABOY.
1831. BURGUET (A.).	1856. HIRIGOYEN (C.).	1881. MAILHO.
1832. GERGERÈS.	1857. SARRAMÉA.	1882. PERY.
1833. BOURGES.	1858. BAZIN.	1883. LANELONGUE.
1834. BONNET.	1859. ARNOZAN.	1884. LUGEOL.
1835. RÉVOLAT (C.).	1860. DUBREUILH (J.).	1885. NÉGRÉ.
1836. GINTRAC (E.).	1861. BERMOND.	1886. VERGELY.
1837. SAINCRIC.	1862. SOULÉ (E.).	1887. DUDON.
1838. COSTES.	1863. DUBREUILH (C.).	1888. SEGAT.
1839. DÉGRANGES.	1864. DESMAISONS.	1889. PUJOS.
1840. SOULÉ (D.).	1865. DUPUY (J.).	1890. DEMONS.
1841. DUBREUILH (J.).	1866. MONTALIER.	1891. BAUDRIMONT.
1842. PEREIRA.	1867. BOURSIER (P.).	1892. LANDE.
1843. CHAUMET.	1868. MÉRAN.	

SECRÉTAIRES GÉNÉRAUX.

1798. DESÈZE.	1820. Dupuch-Lapointe.	1873. SOUS.
1799. ARCHBOLD.	1835. BURGUET (A.).	1873. DOUAUD.
1804. CAILLAU.	1858. DÉGRANGES.	1886. SOUS.
1811. DUCASTAING.	1868. DUBREUILH (C.).	
1812. CAILLAU.	1872. AZAM.	

TRÉSORIERS.

1798. DUBURG.	1811. MASSÉ.	1828. LAMOTHE (D.).
1800. DUPONT (P.).	1819. DUPUY (S.).	1859. PERRENS.
1805. DUBURG.	1822. LEYMONNERIE.	1860. LAFARGUE.
1808. DOUMEING.	1827. DARISTE.	1881. VENOT (N.).

ARCHIVISTES.

1798. VILLERS.	1824. DUPUY (S.).	1866. DUBREUILH (C.).
1799. GAUBERT.	1832. GAUBRIC (E.).	1869. CUGNEAU.
1803. LAMOTHE (V.).	1846. SOULÉ (D.).	1870. PUJOS.
1804. LEYMONNERIE.	1855. SOULÉ (E.).	1888. DURODIÉ.
1806. ⁽¹⁾ .	1861. DUBREUILH (C.).	
1813. BARRES (J.).	1862. MONTALIER.	

(¹) Les fonctions d'Archiviste furent supprimées de 1806 à 1812 et remplies par le Secrétaire général Caillau, de 1806 à 1808, et de 1809 à 1812 par les seconds Secrétaires adjoints, qui ont été : 1809. Guitard — 1810. Ducastaing (V.) — 1811. Dupont (P.) — 1812. Guérin (J.-B.).

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

**Membres du Bureau depuis sa fondation jusqu'à sa
fusion avec la Société de Médecine.**

Présidents. — 1866. CAZENAVE DE LACAUSSE. — 1867. DENUCÉ (E.).

1868. GINTRAC (H.) — 1869. ORÉ — 1870-1871. LEVIEUX.

Secrétaire général. — 1866. AZAM.

Trésoriers. — 1866. ROUSSET — 1867. DUPUY (P.).

Archiviste. — 1866. MOUSSOUS.

STATUTS ET RÈGLEMENT
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
DE BORDEAUX.

STATUTS

TITRE I.

Dénomination, constitution et but de la Société.

ARTICLE PREMIER. — La Société de Médecine, fusionnée avec la Société médico-chirurgicale, prend le nom de *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*.

ART. 2. — Cette Société a pour but l'étude et les progrès des sciences médicales. Ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

ART. 3. — Le nombre de ses membres est illimité.

TITRE II.

Composition de la Société.

La Société se compose de membres titulaires, de membres associés non résidants, de membres honoraires, de membres correspondants et de membres assistants.

ART. 4. — Pour devenir *titulaire*, il faut : 1^o être docteur en médecine ou pharmacien de 1^{re} classe, ou vétérinaire reçu par une École spéciale; 2^o résider ou avoir fait élection de domicile à Bordeaux; 3^o adresser à la Société une demande écrite accompagnée d'un Mémoire manuscrit, ou de tout autre travail inédit sur les matières dont s'occupe la Société.

XVIII

Un Rapport sera fait sur ce travail par une Commission de trois membres, et la nomination aura lieu, au scrutin secret, à la majorité des trois quarts des membres présents et du quart des membres inscrits.

ART. 5. — Seront membres *associés non résidants*, les titulaires qui auront quitté Bordeaux, et les médecins ou pharmaciens étrangers à la Société, qui, par l'importance de leurs travaux, lui paraîtront mériter ce titre.

ART. 6. — Tout membre titulaire qui, après quinze ans d'exercice, cessera de prendre une part active aux travaux de la Société, pourra, sur sa demande écrite et après un vote, recevoir le titre de *membre honoraire*. (Le temps passé dans les deux Sociétés comptera comme titre.)

ART. 7. — Pour devenir *membre correspondant*, il faut être docteur en médecine, pharmacien de 1^{re} classe, ou vétérinaire reçu par une École spéciale, et adresser à la Société une demande écrite, accompagnée d'un Mémoire manuscrit ou d'un travail imprimé important.

Un Rapport sera fait sur les titres du candidat par une Commission de trois membres, et la nomination aura lieu à la majorité des trois quarts des membres présents.

ART. 8. — Peuvent être *membres assistants*, sur leur demande écrite, les internes en exercice des hôpitaux, hospices, asiles, maisons de santé de Bordeaux. Les membres assistants prendront part aux travaux de la Société, mais leur droit de discussion sera limité aux questions soulevées par leurs propres communications. Ils n'auront à supporter aucune des charges de la Société.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 9. — Le Bureau de la Société se compose d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire général, de deux Secrétaires, d'un Trésorier, d'un Archiviste.

ART. 10. — Le Président et le Vice-Président sont élus pour un an. Le Président n'est rééligible qu'après un an d'intervalle. Le Secrétaire général, le Trésorier et l'Archiviste sont élus pour six ans et sont rééligibles; les deux

Secrétaires, pour deux ans. Ces élections, qui ont lieu dans la deuxième séance du mois de novembre, se font au scrutin secret, à la majorité des trois quarts des suffrages.

ART. 11. — Le Président, ou, en son absence, le Vice-Président; le Secrétaire général, ou, en son absence, le Secrétaire qui le remplace, font nécessairement partie de toutes les Commissions composées au moins de cinq membres.

TITRE IV.

Assemblées et travaux de la Société.

ART. 12. — La Société se réunit en séance hebdomadaire tous les vendredis, excepté durant ses vacances, c'est à dire depuis le 1^{er} août jusqu'au premier vendredi d'octobre exclusivement.

Elle se réunit extraordinairement dans tous les temps de l'année, toutes les fois qu'elle le juge convenable.

La Société a, en outre, un Comité de Consultations gratuites qui se réunit le premier et le troisième mercredi de chaque mois.

ART. 13. — La Société propose pour chaque année un sujet de prix sur des objets relatifs à ses travaux. Tous les deux ans, le sujet du prix se rapporte spécialement à l'amélioration ou de l'hygiène publique dans le département, ou du traitement des maladies qui y sont le plus fréquentes.

ART. 14. — La Société publie chaque année ses travaux en volume.

TITRE V.

Ressources de la Société ⁽¹⁾.

ART. 15. — Les ressources de la Société se composent :
1^o Du droit d'entrée dans la Société, qui est fixé à 20 fr.;

(¹) La Société reçoit sur les fonds de la ville une allocation annuelle de 3,000 fr., votée chaque année.

Les ressources de la Société sont destinées à concourir à ses dépenses, telles que la publication de ses travaux, ses Prix mis au Concours, ses œuvres de bienfaisance, etc. L'excédent des recettes annuelles sur les dépenses constitue un fonds de réserve qui est placé en rentes sur l'État.

2° De la cotisation annuelle due par chaque titulaire, et dont le montant sera fixé chaque année en séance générale;

3° Du droit de diplôme des membres correspondants, fixé à 10 fr.;

4° Des allocations, legs et dons faits à la Société;

5° De la vente des publications.

TITRE VI

Motions et modifications au Règlement.

ART. 16. — La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

Aucune proposition importante n'est prise en considération et discutée, si elle n'est formulée par écrit et appuyée au moins par deux membres présents à la séance.

Toute proposition importante qui n'est pas à l'ordre du jour ne peut être ni discutée ni adoptée dans la séance où elle est présentée, à moins que la Société n'en reconnaisse expressément l'urgence.

ART. 17. — Tout article de Règlement ou d'administration ne pourra être discuté que dans les séances extraordinaires convoquées à cet effet.

RÈGLEMENT

TITRE I.

Administration.

ARTICLE PREMIER. — La Société, hors de ses séances, est représentée par le Bureau.

ART. 2. — Le Président dirige les assemblées, nomme les rapporteurs ainsi que les membres de toutes les Commissions, soit dans le sein de la Société, soit dans le sein du Conseil d'administration. Il préside les divers Comités, toutes les Commissions composées de plus de trois membres, et même celles-ci lorsqu'il le juge nécessaire. Il signe les procès-verbaux, le registre des présences, les ordonnances de recettes, les mandats et quittances de dépenses, et toutes les pièces qui émanent de la Société, excepté les lettres.

ART. 3. — Le Président, en cas d'absence, est remplacé par le Vice-Président; en cas d'absence de celui-ci, par le plus ancien des ex-Présidents parmi les titulaires présents dans l'assemblée.

ART. 4. — Si le Président est pharmacien ou vétérinaire, il ne préside pas le Comité des consultations gratuites; il y est remplacé par le Vice-Président, si celui-ci n'est pas pharmacien, et, dans le cas contraire, par le membre du Comité le plus ancien dans la Société.

ART. 5. — Le Secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque séance, est chargé de la correspondance de la Société, rédige le Programme des Prix, veille à l'exécution du Règlement, convoque le Conseil d'administration, rédige un Rapport annuel sur les travaux de la Société, fait partie de tous les Comités, de toutes les Commissions où se trouve le Président, excepté des Conseils de famille,

où, si sa présence y est réclamée, il ne peut avoir que voix consultative. Il signe, avec le Président, les pièces de comptabilité, et est le rapporteur du Conseil d'administration.

ART. 6. — Le 1^{er} Secrétaire adjoint est chargé de la rédaction des procès-verbaux de la Société.

ART. 7. — Le 2^e Secrétaire adjoint tient la plume dans le Comité des consultations gratuites; il recueille les faits les plus importants, qui seront insérés dans les *Bulletins* de la Société. Il rédige les procès-verbaux du Conseil d'Administration, et fait les convocations pour les assemblées et les consultations gratuites.

ART. 8. — En cas d'absence, le Secrétaire général est suppléé par le 1^{er} Secrétaire adjoint, celui-ci par le 2^e Secrétaire adjoint, ce dernier par le plus jeune membre de la Société.

ART. 9. — L'Archiviste est chargé de la conservation des Archives, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle sont mis à sa garde. Il tient un catalogue exact de tout ce qu'elle reçoit, et appose le sceau de la Société sur tout ouvrage ou papier appartenant à la Compagnie.

ART. 10. — L'Archiviste ne peut délivrer aucun ouvrage appartenant à la Société, sans l'inscrire sur un registre spécial où il note la date de la remise.

ART. 11. — A la fin de chaque année, l'Archiviste fait, en assemblée générale, l'appel de tous les ouvrages qui ne sont par rentrés aux Archives.

ART. 12. — Chaque année, au mois de janvier, le Président nomme une Commission de trois membres, dont un membre de la Commission de l'année précédente, qui fait un Rapport sur l'état des Archives.

ART. 13. — Le Trésorier est chargé de la comptabilité, paie les mandats visés par le Président et le Secrétaire général, surveille le registre des présences, et rend chaque année à la Société un compte de sa gestion.

TITRE II.

Travaux de la Société.

ART. 14. — Les séances de la Société ont lieu tous les huit jours, le vendredi, à quatre heures précises.

ART. 15. — Elles sont publiques quand la Société le juge opportun.

ART. 16. — Les membres de la Société sont divisés en sections :

- 1° De médecine,
- 2° De chirurgie,
- 3° D'accouchement,
- 4° D'hygiène,
- 5° De chimie et de pharmacie.

Chacune de ces sections s'occupe des travaux qui sont afférents à sa spécialité et nomme son rapporteur.

ART. 17. — Les travaux de la Société ont lieu dans l'ordre suivant :

- 1° Lecture et adoption du procès-verbal;
- 2° Correspondance;
- 3° Présentation de malades, pièces anatomiques ou instruments;
- 4° Communications à l'ordre du jour;
- 5° Communications diverses;
- 6° Lecture de Rapports.

ART. 18. — Le Président peut, après avoir consulté l'assemblée, intervertir l'ordre de ses travaux.

ART. 19. — La séance du premier vendredi de chaque mois est consacrée au compte rendu des maladies qui ont régné à Bordeaux et dans les environs pendant le mois précédent.

Le Président demande à chaque membre quelles sont les maladies qu'il a observées pendant le mois qui vient de finir, et demande ensuite à la Société :

1° Quelque membre traite-t-il une maladie sur laquelle il désire connaître l'opinion de la Société?

2° Quelque membre a-t-il reconnu des causes d'insalubrité dans le département de la Gironde, ou a-t-il découvert, dans l'administration de la salubrité publique, quelque vice susceptible d'être corrigé?

ART. 20. — Tout médecin, chirurgien, pharmacien ou médecin vétérinaire qui ne fait pas partie de la Société, ne peut faire de lecture qu'après en avoir fait la demande au Président et lui avoir communiqué son manuscrit. Celui-ci lui indiquera le jour où il sera entendu. Néanmoins, le Bureau, consulté avant la séance, peut le dispenser de cette formalité et lui donner un tour de lecture, mais seulement dans des cas exceptionnels où l'auteur sera présenté par trois membres.

La discussion sur cette communication s'ouvre en présence de l'auteur quand l'assemblée le décide.

L'auteur dépose son manuscrit, et le Président nomme pour l'examiner une Commission ou un rapporteur s'il est nécessaire.

Décision du 19 juin 1885. — Les membres titulaires peuvent, sans consulter au préalable le Président, communiquer un travail d'une personne ne faisant pas partie de la Société, mais sous leur responsabilité personnelle.

ART. 21. — Tout manuscrit envoyé ou communiqué à la Société devient sa propriété. Les auteurs sont libres d'en faire prendre copie et d'en disposer à leur gré.

Néanmoins, la Société se réserve la priorité de la publication des travaux qui lui sont adressés, soit pour les Concours, soit pour obtenir le titre de membre résidant ou correspondant.

En cas de non publication de ces travaux, les auteurs en seront informés et seront libres de les publier.

Décision du 22 juillet 1881. — Ne pourront être imprimés dans les *Bulletins* que les travaux déposés intégralement sur le bureau aussitôt après la lecture et sur l'avis favorable du Comité de Publication et du Conseil d'Administration.

ART. 22. — Tout travail présenté par un médecin étranger à la Société fait l'objet d'un Rapport.

ART. 23. — Les Commissions chargées de Rapports écrits sont composées de trois membres. La Commission

nomme son rapporteur. Les Rapports verbaux sont faits par un seul membre désigné par le Président.

ART. 24. — Tout Rapport verbal devra être fait dans le délai d'un mois; tout Rapport écrit dans le délai de deux mois, sauf prorogation par la Société. Après ce délai, le Président pourra nommer un autre rapporteur.

ART. 25. — Tout Rapport peut être discuté avant d'être mis aux voix; le rapporteur aura le droit de prendre la parole le dernier.

ART. 26. — Après la discussion d'un Rapport, les conclusions seules sont mises aux voix. S'il y a des amendements appuyés, les amendements ont la priorité; mais si la proposition nouvelle entraînerait le rejet des conclusions du Rapport, les conclusions seraient mises aux voix les premières.

ART. 27. — Toute discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières, ou parce que aucun membre ne demande plus la parole, ou parce que la Société consultée prononce la clôture de l'ordre du jour.

ART. 28. — Le Président ne peut, de sa propre autorité, prononcer la clôture d'une discussion.

ART. 29. — Tout membre qui aura laissé s'écouler deux semestres sans payer sa cotisation annuelle, après deux avis officiels, sera rayé des registres de la Société, et perdra tous ses droits à la propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 30. — La Société a une Commission de consultations gratuites qui s'assemble le premier et le troisième mercredi de chaque mois, même plus souvent si le cas l'exige. Cette Commission se compose de tous les médecins et chirurgiens de la Société, tant honoraires que titulaires. Ils y siègent à tour de rôle; le 2^e Secrétaire adjoint, qui en fait toujours partie de droit, ainsi que le Bureau, est chargé d'inscrire sur un registre le nom, les prénoms, l'âge, la profession et le domicile des individus qui se présentent; il mentionne le diagnostic et les prescriptions; il délivre à chaque malade, séance tenante, la formule des moyens qui lui ont été conseillés.

Décision du 4 février 1884. — La Société ne délivrera de consultations qu'aux malades envoyés par le médecin traitant. Les consultations expédiées par la poste seront affranchies aux frais de la Société.

Tout membre en dehors des membres du Bureau qui n'assiste pas à la séance des consultations gratuites, perd cinq présences, s'il ne justifie pas la cause de son absence, et s'il ne se fait pas remplacer par un de ses collègues.

Décision du 18 février 1884. — Toutefois, les membres titulaires *extra muros* seront exemptés de cette amende s'ils ne peuvent assister aux séances de consultations pour lesquelles ils auront été convoqués.

ART. 31. — La Société prend des vacances le premier vendredi du mois d'août; elle reprend ses travaux dans la première semaine d'octobre.

Décision du 23 juillet 1880. — La Société décide que les vacances auront lieu désormais du 1^{er} août au premier vendredi d'octobre. La Société devra procéder, dans la dernière séance de juillet, à l'établissement du *prima mensis*.

Décision du 6 août 1886. — La Société décide qu'à l'avenir, elle ne tiendra pas séance le premier vendredi d'août.

Décision du 1^{er} avril 1887. — La Société décide qu'elle ne tiendra pas séance le jour du vendredi saint.

ART. 32. — La première séance du mois de janvier est consacrée à l'installation du Président, des membres du Bureau, du Conseil d'Administration et du Conseil de Famille. Dans cette séance, le Secrétaire général lit un Rapport d'ensemble sur les travaux de l'année.

TITRE III.

Conditions d'admission. — Élections.

ART. 33. — Pour être membre titulaire, assistant, associé non résident, correspondant ou honoraire, il faut remplir les conditions énoncées dans les articles 4, 5, 6, 7 et 8 des Statuts.

ART. 34. — Toute demande pour obtenir le titre de membre titulaire sera renvoyée au Conseil d'Administration, qui l'examinera dans les quinze jours qui suivront, et transmettra le résultat de son examen à la Société par l'organe du Président.

XXVII

ART. 35. — L'élection des membres de la Société aura lieu au scrutin secret, à la majorité des trois quarts des membres présents et du quart des membres inscrits.

Décision du 10 novembre 1882. — Pour l'élection des membres du Bureau, si un deuxième tour de scrutin est nécessaire, c'est à la majorité relative des suffrages qu'il a lieu.

TITRE IV.

Travaux et publications.

ART. 36. — La Société publie tous les ans un volume de ses travaux. Ce volume paraît par fascicules.

Décision du 6 février 1872. — La publication des travaux de la Société sera faite par des bulletins trimestriels.

Décision du 25 juin 1882. — La Société n'entend ni approuver ni désapprouver les opinions émises par ses membres soit dans leurs travaux soit dans leurs discours.

ART. 37. — Un Comité, composé du Secrétaire général, de deux membres nommés par la Société, et des deux Secrétaires adjoints, est chargé de la direction et de la surveillance des publications.

ART. 38. — Sont inscrits dans les *Actes* de la Société :

1° Les travaux des membres titulaires et assistants lus en séance;

2° Les travaux des membres correspondants;

3° Les travaux des personnes étrangères à la Société; mais l'insertion de ces derniers devra être précédée d'un Rapport et d'un vote de la Société.

ART. 39. — Tout auteur d'un travail inséré dans les *Actes* de la Société pourra réclamer à l'imprimeur, à ses frais, un tirage à part.

Les tirages à part devront porter la mention : *Extrait des Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.*

ART. 40. — Les membres résidents de la Société reçoivent gratuitement le volume de ses *Actes*.

Décision du 24 janvier 1873. — La Société ouvre ses portes à la presse médicale, qui peut publier des Comptes rendus sous sa propre responsa-

XXVIII

bilité. Pour faciliter cette publication, la Société met à la disposition de la presse ses procès-verbaux, qu'elle pourra consulter pendant les trois jours qui suivront la séance d'adoption.

TITRE V.

Conseil d'Administration.

ART. 41. — Le Conseil d'Administration se compose du Bureau et de quatre membres nommés par la Société.

Ce Conseil s'occupe de tout ce qui concerne les intérêts scientifiques et professionnels de la Société.

TITRE VI.

Conseil de Famille.

ART. 42. — Le Conseil de Famille se compose de cinq membres, dont un honoraire. Ses membres sont nommés par la Société; ils ne doivent pas appartenir au Conseil d'Administration.

ART. 43. — Ce Conseil connaîtra toutes les questions morales et professionnelles qui intéressent les membres de la Société. Les intéressés seront appelés devant le Conseil, qui ne prendra ses décisions qu'après les avoir entendus.

Si le membre intéressé réside hors du département, il sera invité à donner des explications écrites.

Les peines prononcées seront l'avertissement ou l'exclusion.

Le membre qui demeure l'objet d'une de ces peines peut en appeler au Conseil d'Administration ou à la Société.

TITRE VII.

Contributions et Dépenses.

ART. 44. — Les membres titulaires seuls paient une contribution annuelle; elle est percevable, par quart et d'avance, sur une quittance du Trésorier.

ART. 45. — Quand un membre n'a pas acquitté, à la fin de l'année, un ou plusieurs trimestres de sa quotité, le Trésorier les retient sur la valeur des jetons de présence que ce membre a acquis.

ART. 46. — Chaque année, dans la première séance du mois de janvier, le Président nomme une Commission de trois membres, dont un membre de la Commission de l'année précédente, pour faire un Rapport sur l'état de la caisse devant le Conseil d'Administration de l'année qui est expirée et celui de l'année qui commence. Ces deux Conseils, ayant entendu les Commissaires, fixent ensemble la quotité de la contribution à proposer à la Société pour l'année courante.

ART. 47. — Le vendredi suivant, dans une assemblée convoquée *ad hoc*, le Secrétaire général fait connaître à la Société l'état de la caisse, et il soumet à la discussion et à la sanction de la Société la quotité de la contribution proposée par les deux Conseils d'Administration.

ART. 48. — Aucune question relative aux finances ne peut être portée dans le sein de la Société à aucune autre époque de l'année que celle qui est fixée par l'article 47. Néanmoins, dans des circonstances très urgentes, le Conseil d'Administration peut réclamer, s'il le juge à propos, une décision de la Compagnie à ce sujet.

ART. 49. — Toute dépense au-dessus de 100 francs ne peut être faite par le Trésorier sans une délibération du Conseil d'Administration.

ART. 50. — Le membre titulaire qui a assisté à cinq séances ordinaires ou extraordinaires de la Société a droit à un jeton de présence. Tout nombre de présences au dessous de trois est acquis au profit de la caisse de la Société.

ART. 51. — Est privé du droit de présence : 1° le membre titulaire qui arrive quinze minutes après l'ouverture de la séance ; 2° le membre titulaire qui ne reste pas une heure au moins dans l'assemblée.

Décision du 15 juillet 1892. — Le registre de présence est clos un quart d'heure après l'ouverture de la séance.

ART. 52. — Le membre qui a été rayé du tableau perd les droits de présence qu'il a acquis.

TITRE VIII.

Révision du Règlement.

ART. 53. — Toute proposition tendant à modifier les Statuts et le Règlement devra être signée au moins par dix membres titulaires, déposée sur le Bureau, et renvoyée au Conseil d'Administration, qui en rendra compte à la Société par l'organe du Président.

TITRE IX.

Devoirs aux morts.

ART. 54. — Aux obsèques de ses membres, la Société est représentée par son Bureau.

En outre, tous les membres de la Société reçoivent une invitation pour se joindre au Bureau.

Le Président prononce un discours sur la tombe du défunt, et le Secrétaire général lui consacre un article nécrologique dans la Notice de l'année.

Le discours du Président est lu dans la séance qui suit le jour des obsèques, et il est immédiatement déposé aux Archives.

Décision du 12 avril 1878. — Cet article ne concerne que les Membres dont les funérailles se font à Bordeaux.

Décision du 28 janvier 1887. — La Société décide que désormais on n'ira porter des compliments de condoléances que lorsqu'un membre résidant à Bordeaux aura perdu son père, sa mère, sa femme ou son enfant.

Décision du 17 février 1893. — Les condoléances prescrites par la décision du 28 janvier 1887 seront remplacées par une lettre adressée au nom de la Société.

Fait et délibéré en Assemblée générale de la Société.

Bordeaux, le 8 mars 1872.

LARIVIÈRE,
Président.

AZAM,
Secrétaire général.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Membres du Bureau pour l'année 1893 :

<i>Président</i>	M. VERDALLE.
<i>Vice-Président</i>	M. CHABRELY.
<i>Secrétaire général</i>	M. SOUS.
<i>Secrétaires</i>	{ M. LOUMEAU.
	{ M. F. LAGRANGE.
<i>Archiviste</i>	M. DURODIÉ.
<i>Trésorier</i>	M. VENOT.

Conseil d'administration.

VERDALLE, <i>Président</i> .	DURODIÉ.
CHABRELY.	LANDE.
SOUS.	CHAVOIX.
LOUMEAU.	DUBREUILH (Ch.) *.
F. LAGRANGE.	NÉGRIÉ *.
VENOT.	BOURSIER père.

Conseil de famille.

DUPUY (Paul).	DAVEZAC.
DELMAS.	PONS.
LEVIEUX.	

Comité de publication.

SOUS, <i>Secrétaire gén.</i>	ARMAIGNAC.
LOUMEAU.	TROQUART.
F. LAGRANGE. } <i>Secré.</i>	

Commission des Archives.

PUJOS.	ARMAIGNAC	DUPUY.
--------	-----------	--------

Commission des finances.

GUÉNARD.	G. MARTIN.	MASSY.
----------	------------	--------

MEMBRES RÉSIDANTS

1° Membres titulaires.

1878. ARMAIGNAC.	1881. DURAND (Martial).	1879. MOREAU.
1870. ARMAINGAUD *.	1883. DURODIÉ.	1879. MOURE.
1881. ARNOZAN fils.	1884. EYMERY (Libourne).	1890. A. MOUSSOUS.
1879. BADAL *.	1893. FERRON.	1883. MUSELLI.
1870. BAUDRIMONT (E.).	1890. FESTAL (Arcachon).	1866. NÉGRIE *.
1886. BLAREZ.	1868. GYOUN.	1869. PÉYNAUD (de Libourne)
1881. BOUNSIER fils.	1882. GUÉNARD.	1891. PEYRE.
1892. BOUYER.	1866. HANEAU * (d'Arcach.)	1891. PIÉCHAUD.
1873. CARLES, pharm.	1879. HIRIGOYEN (L.).	1883. PITRES *.
1865. CHABRELY.	1887. LAGRANGE.	1889. PONS.
1863. CHATARD.	1866. LANELONGUE.	1887. POUSSON.
1884. CHAVOIX.	1871. LANDE *.	1867. PUJOS.
1893. COQUET (DE).	1879. LAYET *.	1879. RABÈRE (de Pauillac).
1893. COURTIN.	1893. LAVIELLE.	1892. RAULIN.
1878. DAVEZAC.	1888. LEFOUR.	1883. RÉGIS.
1890. DELAYE (Le Boussat).	1870. LOIGNON.	1860. ROZIER.
1860. DELMAS (P.).	1886. LOUMEAU.	1877. ROUSSEAU S ^t -PHILIPPE
1869. DEMONS *.	1866. LUGEOL.	1876. SISTERAY.
1889. DENUCÉ.	1884. MANDILLON.	1879. SOUS.
1878. DUBOURG.	1892. MASSY.	1880. TROQUART.
1850. DUBREUILH (Ch.) *.	1874. MAURIAC.	1866. VENOT.
1889. DUBREUILH (W.).	1880. MARTIN (G.).	1872. VERDALLE.
1868. DUDON.	1891. MÈNEAU.	1867. VERGELY.
1893. DUNOGIER.	1893. MESNARD.	1890. VILLAR.
1866. DUPUY (Paul).	1883. MONOD.	

2° Membres honoraires.

1866. AZAM *.	1887. LAFARGUE.
1860. BIERMONT (DE).	1866. LEVIEUX, O. *.
1839. BONNEFIN.	1867. MALLET.
1856. BOURSIER père.	1866. MOUSSOUS *.
1857. CABOY.	1854. PLUMEAU *.
1850. DESMAISONS.	1860. PERY.
1866. GELLIE.	1866. RIQUARD.
1866. HIRIGOYEN.	1887. SALVIAT.
1875. LAFITTE (de Coutras).	

MEMBRES NON RÉSIDANTS.

1° Membres associés.

1872. BONNAL, docteur-médecin, à Arcachon.
 1879. GIRAUD, médecin-directeur de l'asile d'Aliénés de Fains (Meuse)
 1869. MARVAUD *, médecin principal de 2^e classe, à Tours.
 1869. MICHEL (Édouard) *, docteur-médecin, La Bourboule.
 1879. OBISSIER, docteur-médecin, à Paris.
 1868. RIBADIEU, docteur-médecin, à Toulouse.
 1868. SENTEX, docteur-médecin, à Saint-Sever (Landes).
 1870. VIRY, médecin-major de 1^{re} classe, à Paris.

2° Membres correspondants.

1854. ABEILLE *, docteur-médecin militaire, à Paris.
 1864. ADELASIO (Giovani), vice-vaccinateur, à Bergame (Italie).
 1883. ALRIQ, docteur-médecin, à Aulus.
 1859. APPIA (L.), docteur en médecine et en chirurgie, à Genève.
 1842. AULAGNIER *, médecin principal en retraite, à Paris.
 1847. BAIZEAU, C. *, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, à Paris.
 1858. BARBIERI, docteur-médecin, à Rome.
 1864. BARELLA (Hyp.), docteur-méd., à Chapelle-lez-Herlaimont, Hainaut (Belgique).
 1885. BARTHE DE SANDFORT, docteur-médecin, à Paris.
 1877. BEDOIN, médecin-major, à Vincennes.
 1885. BÉNARD, docteur-médecin, à Saint-Christau.
 1840. BENOIT (Justin), docteur-médecin, à Montpellier.
 1861. BERCHON (Ernest) *, médecin principal de la marine, à Bordeaux.
 1839. BERNET, médecin militaire, à Saumur.
 1865. BERTHIER, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre, près Paris.
 1865. BERTIN (E.), docteur-médecin, à Montpellier.
 1839. BIAGGINI (Pietro), docteur-médecin, à Pistoja (Italie).
 1839. BIDART, docteur en médecine, à Arras.
 1865. BONNECAZE, médecin, à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées).
 1840. BORGIALLI (Michel), docteur-médecin, à Ivrea (Italie).
 1879. BOUROT, O. *, médecin principal à l'hôpital militaire de Vincennes.
 1859. BRON (F.), professeur libre de pathologie spéciale, à Lyon.
 1887. CAMUSET, docteur-médecin, à Clermont (Oise).

XXXIV

1879. CARADEC (Th.) fils, docteur-médecin, à Brest (Finistère).
1861. CASTIGLIONI (César), à Milan.
1827. CAVALET DE BEAUMONT, médecin militaire.
1856. CAZENAVE fils, docteur-médecin, à Pau.
1844. CENEDELLI, docteur-médecin, à Lonato, délégation de Brescia (Italie).
1860. CHASSINOT, docteur-médecin, à Hyères (Var).
1866. CHATELAIN, docteur-médecin, à Saint-Blaise (Neufchâtel).
1865. COLLINEAU, docteur-médecin, à Paris.
1877. CORIVEAUD, docteur-médecin, à Blaye (Gironde).
1854. CROCQ, docteur-médecin, à Bruxelles.
1880. DARDIGNAC, médecin-major, à Toulouse.
1892. DARTIGOLLES, docteur-médecin, à Villandraut.
1853. DECHAUX, docteur-médecin, à Montluçon (Allier).
1867. DEVALZ, médecin des Eaux-Bonnes, à Floirac (Gironde).
1853. DIDAY, docteur-médecin, à Lyon.
1866. DIDIOT, C ✱, médecin inspecteur général, à Paris.
1849. DUBOIS (C.), docteur-médecin, à Tournay (Belgique).
1858. DUFOUR (Léon) ✱, médecin principal, hôpital du Gros-Caillou.
1864. DURAND (A.), médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon.
1850. DURAND-FARDEL ✱, docteur-médecin, à Paris.
1862. EHRMAN, docteur-médecin, à Mulhouse (Alsace-Lorraine).
1884. ESTRADÈRE, docteur-médecin, à Luchon.
1867. FATJOLE (G. DE), médecin de l'Hôtel-Dieu à St-Geniez-d'Olt (Aveyron).
1864. FANO ✱, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
1885. FERRAS, docteur-médecin, à Luchon.
1888. FERREIRA (Cl.), docteur-médecin, à Rio-de-Janeiro.
1862. FINKELNBURG (C.-M.), médecin, à Godesberg, près Bonn (Prusse).
1865. FORT, docteur-médecin, à Paris.
1890. FRANC, docteur-médecin, à Sarlat (Dordogne).
1880. FRANCK (François), docteur-médecin, à Paris.
1859. FREUND (Alex.), docteur-médecin, à Breslau (Prusse).
1853. GARRAU, docteur-médecin, à Boulogne.
1869. GÉRY père, docteur-médecin, à Paris.
1878. GRELLETY, médecin consultant à Vichy (Allier).
1883. GUERMONPREZ, docteur-médecin, à Lille.
1881. GUINAND, docteur-médecin, à Rive-de-Gier (Loire).
1864. GUINIER, docteur-médecin, à Caunterets.
1860. HAMON, docteur-médecin, à La Rochelle.
1841. HOEBÈKE, docteur-médecin, à Bruxelles.
1877. HUCHARD, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.
1854. IMBERT-GOURBEYRE (A.), docteur-médecin, à Clermont-Ferrand.
1893. ISSOULIER, docteur-médecin, à Villeneuve-sur-Lot.
1878. JEANNEL (M.), professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

1866. LABADIE DE LALANDE, D.-M., ancien membre titulaire, à New-York.
 1898. LAÇOARRET, docteur-médecin, à Toulouse.
 1883. F. LALESQUE fils, docteur-médecin, à Arcachon.
 1864. LANCEREAUX (E.), agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
 1888. LARAUZA (A.), docteur-médecin, à Dax (Landes).
 1835. LARREY, (le baron Hippolyte), G. O. *, membre de l'Académie de Médecine de Paris.
 1877. LAURENT, médecin des hôpitaux de Rouen.
 1854. LAVAGNA, docteur-médecin, à Turin (Piémont).
 1886. LEGRAND, docteur-médecin, à Beaufort (Maine-et-Loire).
 1844. LEMONNIER, docteur-médecin, inspecteur aux Eaux-Chaudes, à Paris.
 1864. LEROY-D'ÉTIOLLES (Raoul), docteur-médecin, à Paris.
 1860. MAESTRE (Aureliano), de San-Juan (Granada).
 1857. MANEC, docteur-médecin, à Montpezat (Lot-et-Garonne).
 1860. MANTEGAZZA (Paolo), médecin, à Pavie.
 1871. MARTINEZ-BEGUERRA, docteur-médecin, à Buyalance (Espagne).
 1849. MAYER (Alex.), docteur-médecin, à Paris.
 1879. MONCORVO, membre de l'Académie de Médecine de Rio-de-Janeiro.
 1872. MORDRET, médecin en chef de l'Asile public d'Aliénés, au Mans.
 1888. MORICE, docteur-médecin, à Néris (Allier).
 1892. PAGLIANO, docteur-médecin, à Marseille.
 1847. PAROLA, docteur-médecin, à Coni (Italie).
 1865. PÉCHOLLIÉ (G.), agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.
 1843. PELLEGRINO SALVOLINI, docteur-méd., à Racconis (Cuneo), Italie.
 1865. PÉRIER, à Pauillac, agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
 1842. PORTAL (Placide), docteur-médecin, à Palerme.
 1876. POURTEYRON, docteur-médecin, à Saint-Vincent-de-Connezac (Dord.).
 1859. PRADIER, docteur-médecin, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
 1874. RAILLARD (Camille), docteur-médecin, à Dax (Landes).
 1845. RAMBAUD, docteur-médecin, à Lyon.
 1880. REGO Fils (José-Pereira), docteur-médecin, à Rio-de-Janeiro.
 1844. RIGHINI, docteur-médecin, à Oleggio (Italie).
 1866. RIVIERE, à Carcassonne (Aude).
 1874. RUAUX, docteur-médecin, à Chalais.
 1864. SAINTE-MARIE, au Port-Sainte-Marie (Lot-et-Garonne).
 1862. SÉGERS, médecin, à Saint-Nicolas (Belgique).
 1876. SÉNAC-LAGRANGE, docteur-médecin, à Cauterets (Hautes-Pyrénées).
 1878. SOULICOUX, médecin consultant à Vichy (Allier).
 1855. STANHOPE (G. Speer), docteur-médecin, à Châthelam (Angleterre).
 1840. STEINBRUNNER, docteur-médecin, à Wasselonne (Alsace).
 1854. STRUCCHI, docteur-médecin, à Teggio-Emilia (Italie).
 1874. TILLOT, docteur-médecin, à Paris.
 1860. TARNEAU *, médecin principal de 1^{re} classe, à Paris.

XXXVI

1842. VAN BERCHEM, docteur-médecin, à Willebroeck, Anvers (Belgique).
1856. VAN DEN CORPUT, docteur-médecin, à Bruxelles.
1862. VAN HOLSBEEK, docteur-médecin, à Bruxelles.
1840. VAN HUEVEL, docteur-médecin, à Bruxelles.
1846. VIAL, docteur-médecin, chirurgien militaire, à Noyon (Oise).
1892. VILLARD, professeur à l'École de Médecine de Marseille.
1879. VOISIN, médecin de la Salpêtrière, à Paris.
1877. WAHU (A.), doct.-médecin-chirurgien militaire à Cherchel (Algérie).

Membres assistants.

Les Internes des hôpitaux, hospices et maisons de santé de Bordeaux.

NOTA. — Les personnes qui apercevraient dans cette liste des omissions à relever, ou des retranchements à faire pour cause de décès, sont *instamment priées* d'en prévenir M. le Secrétaire général de la Société de Médecine, à l'Athénée, rue des Trois-Coins, 53 à Bordeaux.

C 178

MÉMOIRES ET BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
DE BORDEAUX

SÉANCE DU 6 JANVIER 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Rapport du Secrétaire général.

M. Sous, Secrétaire général, lit le rapport suivant :

Dès sa fondation, la Société faisait hardiment connaître ses intentions. L'étude et le progrès de la médecine, tel était son programme.

Ce programme sans limites était confié à des praticiens animés du meilleur vouloir, désireux d'agrandir le champ des connaissances médicales, mais affaiblis par l'âge et obligés de vivre d'une nouvelle vie. Les institutions qui avaient protégé leur jeunesse avaient disparu. Il n'en restait que le souvenir et il ne fallait pas songer à rétablir un passé qu'une tourmente sans précédent avait fait disparaître pour toujours. Comment travailler et produire, quand les ans accumulés vous conduisent insensiblement à ne soupirer qu'après le repos, à ne

désirer que le calme, la paix et la tranquillité? Comment travailler et produire quand l'agitation règne partout, quand l'Europe entière est sous les armes, quand on ne parle que batailles et combats, victoires et défaites, succès et revers? Dans ces conditions, il y a peu de place pour l'étude et pour les travaux de cabinet qui demandent le silence et non le bruit. On peut avoir un passé glorieux et respectable, montrer, sous une chevelure blanchie par le temps, une figure vénérable, et dans un corps allangui par les ans, conserver une ardeur juvénile et former de grands et utiles projets. Mais au moment où tout le passé s'effondre, où tout se transforme, où les éléments de l'observation font défaut, il faut alors songer à ceux qui, mieux favorisés par le sort, ont sous la main et sous les yeux les moyens de faire progresser la science.

Pendant des siècles, la médecine ne connut que deux maîtres, Hippocrate et Galien. La parole du premier eut la valeur et l'importance d'un oracle sacré. Elle fut la loi qui régissait tout, qui réglait tout. Cependant vint une nouvelle génération qui, à peine formée sur les bancs de l'école, était tout à coup jetée dans les ambulances et au milieu des champs de bataille. Là, les faits se multiplient, ils se présentent sous différentes formes. Les traumatismes se succèdent avec des aspects inconnus et nouveaux. Le temps des théories et des discussions sur les textes d'Hippocrate est passé. On n'a plus le temps et le loisir de savoir ce qu'a dit et pensé le père de la médecine; il faut agir et agir promptement. Le livre de la nature remplace alors le livre du vieillard de Cos. Mais ces faits si intéressants, si dignes d'être recueillis, qui essaiera de les sauver de l'oubli et de les faire tourner au profit de la science? Qui? Notre Société.

Au moment où la guerre occupe tous les esprits, le 20 juillet 1812, la Société décide que tous les ans, elle donnera une médaille d'or de 50 francs au meilleur mémoire manuscrit qui lui sera envoyé pendant l'année. La récompense était faible, mais l'honneur était grand

et l'appel fut entendu, car la Société recevait des mémoires venant de Strashbourg et des armées d'Espagne.

Les guerres finies, le calme revenu, la Société put reprendre paisiblement ses travaux, et les prix décernés aux manuscrits furent maintenus, on voulut continuer à stimuler et à encourager les travailleurs. De 1812 à 1870, pendant cinquante-huit ans, la Société reçut beaucoup de mémoires et elle couronna cent seize lauréats.

Parmi ces lauréats, il est trois noms qu'on rencontre avec satisfaction, qu'on rappelle avec plaisir et que l'on peut, aujourd'hui comme alors, citer avec éloges, ce sont ceux de MM. Levieux, Lafargue et Dubreuilh.

En 1839, M. Levieux, qui n'était pas encore interne, envoyait à la Société quelques observations de phlébite, suite de saignée pendant les mois de mai et juin 1839. Son mémoire fut couronné.

En 1845, le lauréat était notre honorable collègue, M. Lafargue, pour un mémoire sur les difficultés et les erreurs du diagnostic des tumeurs.

En 1848, M. Dubreuilh obtenait le prix pour un travail sur la fièvre puerpérale épidémique.

Ces trois lauréats, vous les connaissez. Par vos suffrages, ils ont été appelés aux fonctions de la présidence, fonctions qu'ils ont remplies avec zèle et avec dignité. Au début de leur carrière médicale, ils ont été couronnés par la Société et ils peuvent encore orner leur front d'une nouvelle couronne formée par la sympathie que nous leur montrons et par l'estime dont nous les entourons.

Après avoir été lauréats, ils sont devenus membres de la Société. Qu'ils servent d'exemples, ce sont d'excellents modèles à imiter. Ils ont tracé à la jeunesse un chemin à parcourir, une voie à suivre. Grâce à M. Lande, la route est ouverte. Les internes de nos hôpitaux peuvent recevoir nos récompenses et, après avoir été couverts de nos lauriers, venir un jour s'asseoir à nos côtés pour contribuer, par leur savoir et par leur talent, à assurer la pérennité de la Société et en accroître par leurs travaux la gloire et la renommée.

C'est, en effet, à M. Lande que nous devons l'excellente idée de rétablir les prix des manuscrits en faveur des internes de nos hôpitaux. Heureuse résurrection, heureuse transformation du passé, qui aura ses charmes et ses avantages.

La pratique hospitalière fournit à la science de nombreux éléments d'études, des faits importants qui méritent d'être connus. Par certains côtés, elle l'emporte sur la pratique civile, parce que dans les hôpitaux on peut arracher à la nature ses secrets les plus cachés, en suivant la maladie au delà de la mort, ce qui donne à beaucoup d'observations le complément des renseignements qu'on n'a pu que soupçonner pendant la vie.

En invitant les internes à venir nous communiquer les résultats de leurs recherches et de leurs études, nous les associons à nos travaux. Le règlement en avait fait des membres assistants; nous avons fait plus et mieux, nous en avons fait des collaborateurs.

L'année qui vient de s'écouler doit être classée parmi les heureuses années, car la mort n'a fait aucun vide parmi nous. Nous n'avons aucune perte à déplorer, aucun deuil à signaler.

Le nombre des membres de la Société est allé en croissant. Nous avons admis trois membres correspondants, MM. Villard et Pagliano (de Marseille) et M. Dartigolles (de Villandraut).

Deux membres, MM. Moussous et P. de Biermont, ont voulu prendre leur place parmi les honoraires. Titulaires depuis longtemps, ils ont tenu à ne pas briser les liens qui les unissaient à nous. Sous un nom nouveau, sous une autre qualification, ils sont encore des nôtres et notre sympathie les accompagne dans la retraite volontaire qu'ils ont sollicitée.

Quatre honorables confrères, MM. Bouyer, Lacoarret, Massy et Raulin sont venus accroître le nombre de nos membres titulaires. A ces nouveaux membres, je souhaite la bienvenue, et pour nous tous, Messieurs, je n'ai qu'un souhait et qu'un seul désir, c'est que pendant

l'année 1893, la mort, comme en 1892, passe sur nos têtes sans en atteindre une seule et sans faire de victimes.

Des applaudissements accueillent la fin de cette lecture.

Allocution du Président sortant.

M. Lande s'excuse de rompre avec la tradition en ne lisant pas un discours. Il veut en quelques mots remercier une fois de plus ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à présider la Société de Médecine et de la sympathie qu'ils n'ont cessé de lui témoigner pendant toute cette année. Avant de quitter le fauteuil présidentiel, il tient à émettre un vœu, que son successeur aura peut-être le bonheur de réaliser, c'est que la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, au lieu de voir ses forces s'éparpiller et s'amoindrir par la création de nouvelles Sociétés médicales, fasse le nécessaire pour les grouper autour de l'aéule centenaire, comme autant de sections spéciales. Il n'y aurait plus à Bordeaux qu'une Société des Sciences médicales, une sorte d'Académie de Médecine, comprenant dans son sein des sections d'anatomie, d'oculistique, de gynécologie, de pædiatrie, de dermatologie, etc. Au lieu de la désagrégation de notre Société actuelle, ce serait un groupement serré de toutes ses forces vives, un foyer plus intense accusant le degré d'activité scientifique du Corps médical bordelais.

M. Lande, qui cesse aujourd'hui d'être Président de la Société de Médecine et de Chirurgie, ne cesse pas encore d'occuper à l'Administration municipale des fonctions qui le mettent à même de surveiller l'hygiène et la salubrité publiques. Aussi, veut-il recommander à ses collègues, ainsi qu'il l'a fait déjà, de bien vouloir, plus encore que par le passé, lui signaler les cas de maladies contagieuses observées en ville. Par les mesures de désinfection à prendre en pareils cas, il sera heureux de travailler à l'amélioration de la santé

publique, aidé surtout du bon vouloir de ses confrères. Ce concours précieux n'a pas fait défaut au Président sortant. Il ne fera pas défaut non plus au soldat qui, rentré dans le rang, ne refusera pas à ses collègues l'appui de son dévouement comme confrère, de sa science comme praticien.

Les applaudissements de toute la Société accueillent l'allocation de M. Lande, qui donne l'accolade fraternelle à M. Verdalle et lui cède le fauteuil de la Présidence.

M. Verdalle constitue le Bureau de la Société pour 1893. Il invite M. Chabrely à occuper le fauteuil du Vice-Président; M. Loumeau, à prendre la place du premier Secrétaire; M. Lagrange, celle du second Secrétaire.

M. le Président rend compte des visites officielles faites, le jour de l'an, par les membres du Bureau.

Commissions.

La Commission des finances pour l'année 1893 sera composée de MM. Georges Martin, Massy et Guénard.

La Commission de la Bibliothèque sera composée de MM. Armaignac, Dupuy et Pujos.

Correspondance.

1° Lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique annonçant que l'ouverture du Congrès des Sociétés savantes est fixée au 8 avril prochain;

2° Lettre d'invitation pour le Congrès de Médecine de Rome qui aura lieu du 24 septembre au 1^{er} octobre 1893.

Prima mensis.

Les principales maladies observées pendant le mois de décembre 1892 ont été les suivantes: accidents mortels occasionnés par l'oxyde de carbone chez des familles pauvres dont l'habitation est réchauffée par un

brasier placé au milieu de la chambre, grippe, fièvre typhoïde, variole, érysipèle de la face, maladies des voies respiratoires provoquées par le froid.

Hygiène et salubrité publiques.

Quelques observations sont échangées entre *MM. Carles, Armaignac et Lande*, au sujet du mode d'*oblitération des bouches d'égout* le plus capable d'empêcher l'émanation de germes infectieux. *MM. Moreau et Lande* fournissent ensuite à la Société l'occasion d'être éclairée sur les *travaux de la Commission des logements insalubres*. Cette Commission travaille très activement, mais elle est régie par une procédure telle, que ses décisions ne peuvent avoir que très tardivement une application pratique.

Influence nocive du froid sur les nouveau-nés.

M. R.-Saint-Philippe signale l'influence très grande qu'exerce le froid sur les tout petits enfants. Beaucoup d'entre eux subissent, par l'abaissement extrême de la température, des accidents rapidement mortels que préviendrait une surveillance attentive de la calorification. Parmi ces accidents, l'on doit citer l'*œdème des nouveau-nés par refroidissement excessif*, auquel sont dus plusieurs cas de mort observés récemment par *M. R.-Saint-Philippe*.

M. Lugeol déplore qu'à la Maternité la température matinale ne puisse s'élever à plus de 5° dans les chambres des nouveau-nés. Aussi, depuis le commencement de cette année, cinq enfants ont-ils de ce fait succombé, dans son service, à l'œdème signalé par *M. R.-Saint-Philippe*, dont il partage entièrement la manière de voir à ce sujet.

Pommade sulfonée.

M. P. Carles. On désigne en chimie, sous le nom de *sulfonés, sulfoniques* ou *sulfoconjugués*, les produits qui résultent de la combinaison de l'acide sulfurique avec

les principes immédiats organiques, tels que la benzine, le phénol, l'alcool, etc., etc. Les acides sulfonés ainsi obtenus sont généralement solubles dans l'eau et susceptibles de se combiner avec la barite pour former un sel de barite soluble.

Lorsqu'on mélange intimement le même acide sulfurique avec les corps gras, il se forme peu à peu une combinaison analogue, miscible à l'eau ⁽¹⁾, qui constitue une partie du mélange auquel nous avons donné le nom de *pommade sulfonée*.

Cette pommade n'est pas seulement employée par les empiriques du Nord, comme l'a dit M. P. Vigier, elle est usitée aussi depuis longtemps en Languedoc et, comme il nous a été donné d'en constater les bons effets, nous avons pensé faire œuvre utile en attirant sur elle l'attention de la clinique.

Pour la préparer, on mélange intimement au mortier 5 grammes d'acide sulfurique concentré commercial avec 25 grammes d'axonge non salée. Le mélange se fait assez facilement, la température s'élève légèrement, le corps gras prend la couleur saumon et lorsque la teinte s'est uniformisée, il n'y a plus qu'à enfermer la pommade dans un pot bouché, car elle est un peu hygroscopique. A cause de la nature de l'un des composants, on devra éviter le contact de couvercles métalliques. Dans ces conditions, le médicament peut conserver ses propriétés pendant plusieurs années, mais il durcit sensiblement.

Pour faire usage de cette pommade, avec une palette de bois, une baleine, le manche d'une cuillère d'argent ou même avec l'index, on en prend une partie proportionnelle à la surface à traiter et, avec un tampon d'ouate ou même la pulpe du doigt, on en frictionne très doucement le point douloureux. Enfin, on recouvre avec un gâteau d'ouate ou avec un carré de laine, sans quoi les tissus d'origine végétale seraient ultérieure-

(1) C'est pour cela que lorsqu'il s'agit de dégraisser un récipient de verre on y arrive tout aussi bien, si ce n'est mieux, avec de l'huile de vitriol qu'avec les alcalis.

ment détruits dans les points contaminés. Aussitôt après l'application, on ressent localement une chaleur progressive accompagnée de légers picotements et suivie d'un érythème qui ne va jamais jusqu'à la vésication.

L'expérience montre que l'action de cette pommade est surtout efficace dans les névralgies, les arthralgies, les rhumatismes localisés divers et chaque fois aussi que l'on veut déterminer une révulsion rapide, comme dans les cas d'irritation brusque des voies respiratoires supérieures. Son effet est ici aussi prompt que celui des sinapismes, dont elle ne possède pas les vapeurs souvent gênantes et parfois intolérables. Les partisans du thapsia ou du croton, après l'avoir mise en parallèle avec ces puissants révulsifs, la trouveront assurément d'un maniement plus commode et plus pondérable. Aux épidermes sensibles, elle ne communique pas l'impression frigorifique de la teinture d'iode; d'aucuns trouveront agréable d'éviter par son usage les taches tenaces de l'iode et son action parfois vésicante, car son effet cesse aussitôt qu'elle a été soustraite à l'épiderme. Enfin, le mode de son application se présente avec les dehors d'une telle bénignité qu'on n'hésitera pas à l'employer sur tous les points névralgiques les plus sensibles, chez les sujets pusillanimes et sur les enfants.

Mais n'oublions pas son action nocive sur les tissus de toile ou de coton, sans quoi nous la discréditerions d'emblée chez les ménagères jalouses de leur vestiaire.

La séance est levée.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1893

PRÉSIDENTE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Lacoarret, membre titulaire, récemment installé à Toulouse, est nommé, sur sa demande, membre correspondant.

Commission des finances.

M. Guénard lit le rapport de la Commission des finances dont les conclusions sont les suivantes :

- 1° Maintenir la cotisation à 40 francs;
- 2° Acheter un titre de rente de 100 francs;
- 3° Voter des félicitations à M. le Trésorier pour sa bonne administration de nos finances.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées et des remerciements sont adressés à M. Guénard, rapporteur de la Commission.

Commission de prix.

La Commission chargée de choisir un sujet de chirurgie pour le prix de 1894 est composée de MM. Demons, Dudon, Lagrange, Pousson, Troquart et Villar.

Rapport.

M. Guénard, au nom d'une Commission composée de MM. Lugeol, Moreau et Guénard, lit, sur la candidature de M. le Dr Dunogier, un rapport dont les conclusions sont les suivantes :

- 1° Déposer honorablement la thèse de M. Dunogier dans les archives;
- 2° Renvoyer son mémoire manuscrit au Comité de publication;

3° Mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance le vote sur cette candidature.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Voici le travail envoyé par le Dr Dunogier à l'appui de sa candidature :

Contribution à l'étude des accidents liés à l'évolution des dents de sagesse.

Longtemps méconnus par la plupart des chirurgiens, les accidents liés à l'évolution des dents de sagesse ont, dans ces dernières années, particulièrement attiré leur attention.

Signalés par Avicenne et décrits pour la première fois avec quelque précision par Toirac, en 1828, c'est à Heydenreich qu'on est redevable du meilleur travail d'ensemble sur ce sujet (thèse d'agrégation, 1878).

Aujourd'hui, ce qui semble plus spécialement préoccuper les auteurs, c'est la pathogénie de ces accidents, au sujet de laquelle ils sont divisés en deux camps.

Pour les uns, « la cause des accidents est exclusivement une ulcération de la muqueuse gingivale qui sert de porte d'entrée au germe infectieux » (Linon) ou bien « une arthrite alvéolo-dentaire consécutive à la carie » (Magitot); pour les autres, « les causes mécaniques jouent un rôle très important et on les reconnaît très facilement de celles dues à une infection microbienne » (Paul Reclus). (Séances de la Société de Chirurgie, 22 et 27 juillet 1892.)

Sans avoir la prétention de vouloir trancher le différend, l'observation que nous allons vous présenter offrira, croyons-nous, quelque intérêt dans le débat.

Notre ancien maître, le Dr Magitot, qui, outre ses travaux personnels, a été l'inspirateur de la plupart de ceux parus jusqu'à ce jour et notamment de la remarquable monographie d'Heydenreich, divise les

accidents dus à l'évolution des dents de sagesse en accidents muqueux, osseux, nerveux ou névralgiques. C'est aux seconds que se rapporte notre cas.

OBSERVATION.

Dent de sagesse en hétérotopie sous la première grosse molaire — Ostéo-périostite suppurée du maxillaire — Extraction de cette première molaire — Persistance des accidents — Apparition de la troisième grosse molaire à la place de la première — Extraction — Guérison.

Quoique d'une santé délicate, M^{me} X... n'a été atteinte, dans son enfance, d'aucune maladie grave. Mariée très jeune, elle eut une grossesse des plus pénibles, d'où elle sortit profondément anémiée, au point que son médecin ayant épuisé, dit-elle, tous les moyens ordinaires, lui conseilla le sang de bœuf.

Il y a trois ans environ, à la suite d'une promenade en voiture (sa première sortie depuis six mois), elle fut prise d'un léger mal de gorge et, presque aussitôt, le maxillaire inférieur devint le siège d'un gonflement au niveau de la première grosse molaire.

Le Dr C... lui conseilla d'aller faire extraire cette molaire. Trois dentistes vus à cet effet refusèrent de pratiquer l'extraction, affirmant que la dent était parfaitement saine. Chacun d'eux, au dire de la malade, pratiqua la percussion sur la couronne de l'organe, et cette percussion, ordinairement si douloureuse sur les dents affectées d'arthro-périostite alvéolo-dentaire, n'aurait déterminé aucune sensibilité à ce niveau. A plusieurs reprises, nous avons prié M^{me} X... de bien rappeler ses souvenirs; chaque fois, elle a persisté dans son affirmation première.

Quoi qu'il en soit, le gonflement prit peu à peu des proportions et finit par aboutir, vers le quinzième jour environ, à un phlegmon très étendu.

C'est seulement un mois après l'ouverture de ce phlegmon que la malade, sur les instances réitérées de son médecin, alla revoir son dentiste pour en finir

avec la dent incriminée; mais celle-ci s'étant brisée, M^{me} X... regagna son domicile en compagnie de sa molaire ou du moins des racines de celle-ci; elle revint encore plusieurs fois chez ce dentiste; puis, ce dernier étant mort avant d'avoir pu terminer l'extraction, la patiente en resta là pendant plusieurs mois (six environ) avec des alternatives de rémission et d'exacerbation survenant surtout au moment des règles.

Enfin, de guerre lasse, elle se décida à recourir aux soins de M. Mirebeau, qui fit l'avulsion des racines nageant dans le pus. Les derniers vestiges de la dent enlevés, M. Mirebeau prescrivit à sa cliente quelques lavages antiseptiques et la reconduisit en lui promettant une bonne et prompte guérison. Ceci se passait en juillet 1891.

Pendant quelques jours tout sembla marcher à souhait; il y avait bien encore un peu d'écoulement purulent, mais le gonflement resta un certain temps sans se reproduire; puis, enfin, l'affection reprit son ancienne allure.

M. Mirebeau, qui croyait sa malade depuis longtemps guérie, fut assez étonné de la voir reparaitre environ trois mois après avec une fluxion siégeant au même niveau. Ayant introduit une sonde dans la plaie alvéolaire non encore refermée, il rencontra un corps dur et glissant, qu'à ce dernier caractère il reconnut être une dent et, comme la dent de sagesse de ce côté manquait à sa place ordinaire, il en conclut que ce devait être celle-ci.

Assez peu confiante et encore moins rassurée, M^{me} X... courut chez un autre dentiste qui émit un avis contraire. Le diagnostic de M. Mirebeau n'allait pas tarder cependant à recevoir une éclatante confirmation; quelques semaines après, la dent commença à paraître et, lorsque la malade nous fut présentée, en mars 1892, on distinguait nettement les tubercules externes d'une grosse molaire.

L'examen complet ne fut fait que la semaine suivante et voici ce que nous constatâmes :

M^{me} X... avait une dentition relativement bonne; la rangée du côté droit de la mâchoire inférieure était au grand complet et ne présentait aucune carie; à gauche, au contraire, il manquait une dent, celle que nous connaissons. A ce niveau, le bord alvéolaire avait complètement disparu et les deux dents voisines inclinées l'une vers l'autre, la deuxième grosse molaire surtout; elles n'étaient point cariées, n'étaient pas ébranlées et restaient parfaitement insensibles à la percussion.

Au fond de l'espace limité par elles, on apercevait blancs, brillants, nacrés, les deux tubercules externes d'une dent; puis, en soulevant légèrement la gencive à la partie interne, deux autres tubercules appartenant à cette même dent; dès lors, il était bien évident que cette couronne, dont on distinguait très nettement la face triturante tout entière, était bien une grosse molaire et, pour les raisons indiquées plus haut, bien que ce cas n'eût pas encore été signalé, il n'était pas douteux que cette molaire n'était autre que la dent de sagesse.

Cette dent étant très mobile dans son alvéole ou plutôt dans ce qui lui servait d'alvéole, nous proposâmes l'extraction immédiate qui nous fut refusée, malgré notre insistance, celle de M. Mirebeau et du mari présent.

Nous restâmes ainsi plusieurs mois, la malade souffrant toujours, plus particulièrement à l'époque des règles, ainsi que nous l'avons signalé précédemment, mais n'osant se plaindre.

La veille de la Noël, nous eûmes la visite de M^{me} X..., décidée cette fois à en finir. Rendez-vous fut pris pour le surlendemain.

La malade, ce jour-là, étant très énervée, inquiète, nous ne crûmes pas devoir faire d'injection de cocaïne, l'extraction, du reste, ne paraissant pas devoir offrir la moindre difficulté. Nous essayâmes bien d'anesthésier la région à l'aide du chlorure de méthyle, qui donne d'excellents résultats dans les cas ordinaires; mais la résorption alvéolaire rendait cette application difficile et, partant, assez imparfaite.

Quoique saisie très délicatement avec le davier à bec de faucon, la dent s'étant brisée comme une simple coquille d'œuf (nous verrons un peu plus loin pourquoi) fut soulevée à l'aide d'un élévateur droit, puis amenée à l'extérieur avec une sonde recourbée glissée au-dessous.

Ce qui nous a frappé tout d'abord à l'examen de la dent extraite, c'est la disparition presque complète de l'ivoire. En certains points et notamment au voisinage du collet, il ne reste plus que l'émail dont l'épaisseur atteint à peine celle d'une feuille de papier, en sorte que, même saisi avec les doigts, l'organe eût à peine résisté.

Au niveau du collet, sur la face externe, un petit pertuis, qui a dû servir de porte d'entrée au pus, que nous considérons ici comme le véritable agent destructeur de la dentine et de la pulpe; l'émail et le ciment, au contraire, ont été absolument respectés.

Les racines soudées ensemble, comme c'est l'ordinaire pour les dents de sagesse, et dont le sommet arrondi est creusé d'avant en arrière d'une gouttière longitudinale, les racines sont nécrosées dans leur plus grande étendue, sauf à la partie externe et supérieure, où le ligament présente un épaissement considérable.

Les suites de l'opération ont été ce qu'elles devaient être, c'est à dire que tout a bien marché. Pendant quelques jours, nous avons fait nous-même des lavages et des injections antiseptiques avec la solution de bichlorure à 1 ‰ et, comme il n'y avait point de nécrose qu'on aurait pu craindre en pareil cas, M^{me} X... est aujourd'hui complètement guérie.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue : d'abord, c'est une observation unique, au moins dans la littérature médicale. Si les cas d'hétérotopie de la troisième grosse molaire ne sont pas absolument rares, si on a signalé l'apparition de cette dent en plusieurs points de la mâchoire,

angle du maxillaire, épaisseur de l'apophyse coronéide, échancrure sigmoïde, c'est la première fois qu'elle l'aura été au niveau de la première grosse molaire.

Puisque le hasard veut bien nous servir en cette occasion, voici un autre cas d'hétérotopie offrant avec le précédent une certaine analogie : c'est une canine qui est venue se loger entre les deux petites molaires ; mais ici, comme l'espace ne manquait pas, les accidents ont été nuls, comme ils l'eussent été certainement si notre troisième grosse molaire avait eu de la place, c'est ce que nous tenons à faire ressortir.

Pour nous, en effet, la tuméfaction du maxillaire a été sous la dépendance et sous la dépendance seule des efforts accomplis par la dent de sagesse pour effectuer son éruption, et c'est au sein du maxillaire que le germe infectieux a pris naissance, peut-être bien sous l'influence d'un refroidissement qui aura été le coup de fouet provocateur sinon indispensable.

La séance est levée.

SÉANCE DU 20 JANVIER 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1^o Lettre de M. L. Mesnard, demandant le titre de membre titulaire et envoyant à l'appui de sa candidature un mémoire intitulé : *Étude sur quelques névralgies symptomatiques et leur diagnostic*, et les brochures sui-

vantes : 1° *Traitement des kystes hydatiques*; 2° *Mal de Bright*.

Le Conseil d'administration n'ayant aucune objection à faire à cette candidature, *M. le Président* nomme une Commission composée de MM. Arnozan, Davezac et Chavoix pour examiner les travaux envoyés par M. L. Mesnard.

2° Lettre adressée à M. Durodié par M. le Dr Auché au sujet d'un travail présenté, dans une séance précédente, à la Société de Médecine et de Chirurgie :

Bordeaux, le 16 janvier 1893.

MONSIEUR ET CHER CONFRÈRE,

Hier, en parcourant le *Journal de Médecine de Bordeaux*, j'ai été quelque peu surpris de me voir attribuer la responsabilité d'un examen microscopique incomplet et suivi de réflexions erronées à mon sens. Voici, d'ailleurs, la description anatomo-pathologique du fragment de tissu que j'ai vu au laboratoire.

La pièce remise consiste en un fragment de tissu aplati, allongé, de la forme d'une lentille, mais de volume un peu moindre. Ses dimensions sont : longueur, trois millimètres; largeur, deux millimètres; épaisseur, un millimètre au plus. Elle est colorée en masse par le picro-carmin, montée dans la paraffine et débitée en série.

Par l'examen microscopique, on reconnaît facilement qu'il s'agit d'un fragment de peau qui ne comprend pas même dans son épaisseur la totalité de l'épiderme, certains prolongements interpapillaires se trouvant tronqués dans leur partie profonde. C'est dire qu'il n'existe que le sommet des papilles, que leur base et à plus forte raison l'hypoderme manquent totalement.

L'épiderme est un peu épaissi et ses prolongements interpapillaires sont augmentés de longueur. La couche cornée est intacte, mais ses éléments cellulaires sont légèrement gonflés comme s'ils avaient baigné quelque temps dans un milieu liquide. Le stratum lucidum ne présente rien d'anormal. Le stratum granulosum est à

peu près sain; dans certains points cependant, les granulations d'éléidine sont moins nombreuses que normalement. La couche de Malpighi, dans ses couches profondes, est infiltrée d'un assez grand nombre de cellules migratrices.

Les papilles sont un peu hypertrophiées et infiltrées d'un assez grand nombre de cellules rondes, réparties dans tout le tissu papillaire et n'affectant nullement une disposition nodulaire quelconque.

Il existe, en somme, dans ce fragment de peau, une infiltration embryonnaire peu intense des papilles et des couches profondes du corps muqueux de Malpighi. C'est une lésion banale, sans aucune signification, qui s'observe dans tous les cas d'irritation de la peau, en particulier au pourtour de toutes les ulcérations cutanées, quelle que soit leur nature, et qui n'autorise pas plus le diagnostic de lupus que celui d'épithélioma ou de carcinome.

Je vous serais obligé, mon cher Confrère, de rectifier dans ce sens la note qui vous a été remise ou de laisser à M. Pépin seul la responsabilité de sa rédaction et ses réflexions.

Si vous le jugez à propos, je me tiens à votre disposition pour l'examen plus détaillé dont vous parlez dans votre très intéressante communication.

Daignez agréer, etc.

Dr B. AUCHÉ.

Élection.

M. Dunogier est élu membre titulaire de la Société.

Ankylose temporo-maxillaire. — Présentation de malade.

M. Demons présente un petit garçon de onze ans, qui lui a été amené par un dentiste de la ville, M. Lacouture, qui assiste à la séance. Cet enfant a été mis au monde à la suite d'une application de forceps pratiquée par une sage-femme de la Dordogne. Jusqu'à l'âge de dix-huit mois sa santé fut parfaite. A ce moment seulement, sa mère remarqua que le bébé éprouvait de la

difficulté à écarter les mâchoires. Cette difficulté s'accrut encore davantage après l'apparition des dents. Actuellement, l'écartement n'est plus permis que de quelques millimètres à peine. En outre, l'on peut voir qu'il existe sur différentes parties du crâne et du front des cicatrices évidemment consécutives à l'empreinte des cuillers du forceps. La plupart de ces cicatrices n'ont cependant pas grande importance. L'une d'entre elles doit seule attirer l'attention. Située au-devant du lobule de l'oreille droite, elle mesure cinq millimètres de largeur, trois centimètres de hauteur. Elle a fait suite à une plaie qui a mis, après la naissance, plus de quatre mois à guérir. Elle était profonde et laissait voir, dit la mère, quelque chose qui remuait en même temps que l'enfant faisait effort pour écarter ses mâchoires. Le côté droit du maxillaire inférieur est notablement atrophié, à tel point que l'incisive inférieure de ce côté correspond à l'intervalle qui sépare la canine de la première molaire supérieure.

En somme, il existe chez cet enfant une constriction permanente des mâchoires dont la cause paraît assez facile à établir. Aucune bride cicatricielle n'existe en dehors ou en dedans de la paroi buccale susceptible de l'expliquer. Aucun trouble non plus n'existe du côté des muscles qui ont conservé leur volume, leur consistance normale. Cette constriction a donc son origine dans l'articulation temporo-maxillaire qui est atteinte ici d'ankylose fibreuse incomplète. La pathogénie paraît devoir se formuler ainsi : pression directe du forceps sur la région préauriculaire, plaie profonde allant jusqu'à l'articulation et ayant mis quatre mois à cicatrifier, arthrite temporo-maxillaire, ankylose. Quant à l'atrophie droite du maxillaire inférieur, elle résulte de l'ankylose ancienne de l'articulation du côté correspondant.

Faut-il intervenir? Si oui, comment intervenir? L'enfant se nourrit, difficilement sans doute, mais suffisamment pour que son état général soit très satisfaisant. L'alimentation est d'ailleurs favorisée chez lui par la

chute accidentelle de la canine droite. Il parle et respire bien, n'éprouvant de gêne réelle que lorsqu'il veut, dans ses jeux, pousser un cri. Dans ces conditions, l'on est tenté de se demander s'il est bien indiqué d'intervenir. A cela, M. Demons répond nettement oui. Outre, en effet, que l'état actuel n'est pas brillant, il faut savoir que la seconde dentition deviendra fort gênée. Les dents nouvelles pousseront en dedans ou en dehors, dans l'impossibilité matérielle où elles seront d'émerger dans le sens vertical. Il est donc sage de prévenir les troubles certains qui surviendraient plus tard, et, pour cela, une intervention s'impose.

De la dilatation mécanique, instantanée ou graduelle, il ne saurait être question. Il faut agir par une opération sanglante qui peut porter soit sur les parties molles, soit sur les parties dures.

Une opération s'adressant aux parties molles de la joue ou aux muscles masticateurs, telle par exemple que celle pratiquée par Le Dentu qui désinsère le muscle masséter, ne saurait être discutée longuement ici. On l'a vu, les parties molles de la région sont intactes. Restent les opérations visant le squelette, os ou articulation. Elles peuvent affecter l'articulation même ou bien s'exécuter à une certaine distance de l'articulation temporo-maxillaire.

La résection du condyle d'abord, destinée à amener après elle une pseudarthrose; puis l'ostéotomie pratiquée au-dessous du condyle, opération imaginée en 1826 par Rhéa Barton pour remédier aux contractures des muscles masticateurs et appliquée ensuite par Bérrard aux ankyloses temporo-maxillaires. En troisième lieu, viennent les opérations proposées par Esmark et Rizzoli. Rizzoli pratique une section simple de l'os en avant de l'angle de la mâchoire. Esmark fait une résection plus ou moins considérable. L'une et l'autre intervention ont pour but de former une néarthrose destinée à suppléer l'articulation frappée d'ankylose.

Dans le cas actuel, M. Demons se propose de sectionner le col du condyle, de manière à obtenir, le plus

près possible de l'articulation normale, une fausse articulation se rapprochant beaucoup par son siège et son mécanisme de l'articulation temporo-maxillaire dont on veut reconstituer les fonctions disparues.

M. Demons désire d'ailleurs connaître, à ce sujet, l'opinion de ses collègues à qui il a cru devoir soumettre ce malade qui présente un double intérêt. D'abord un intérêt obstétrical, car l'auteur n'a jamais eu connaissance d'une ankylose temporo-maxillaire produite par une application de forceps. Ensuite, un intérêt chirurgical qui se dégage de la discussion à soulever pour établir le choix du meilleur traitement à appliquer à cet enfant.

M. Villar ne croit pas, en présence de l'ankylose temporo-maxillaire double présentée par l'intéressant malade de M. Demons, devoir conseiller l'opération d'Esmark ou de Rizzoli. L'une et l'autre de ces opérations, sectionnant le maxillaire en avant du masséter, ne donneraient aucune mobilité à l'articulation et laisseraient les seuls muscles sus-hyoïdiens agir sur le corps de la mâchoire. L'ostéotomie sous-condylienne paraît, dans le cas actuel, l'opération de choix, sauf à être complétée, si besoin était, par la résection du condyle. Voici comment procéderait M. Villar. Sous le chloroforme, il essaierait d'abord la dilatation mécanique et, en cas probable d'insuccès par ce moyen, il sectionnerait de chaque côté le col du condyle. Dans le cas où cette ostéotomie ne donnerait pas le résultat attendu, il transformerait de suite cette opération en une arthrectomie complète.

Voilà pour la question du traitement. Quant à la pathogénie de l'affection, M. Villar ne s'en occupera pas, laissant aux accoucheurs le soin d'en faire ressortir l'intérêt.

M. L. Hirigoyen attribue, comme M. Demons, l'ankylose de cet enfant à l'application maladroite et brutale du forceps par la sage-femme qui a pratiqué l'accouchement. La tête se présentait au détroit supérieur sans être engagée encore, lorsque furent introduites les cuillers

du forceps et de violents efforts de traction exercés par l'accoucheuse. Le bec des cuillers saisit la tête dans une portion intermédiaire entre la flexion et l'extension et détermina sur elle, en outre des cicatrices signalées par M. Demons, un enfoncement pariétal qui a toujours persisté. Cette dépression osseuse permet d'apprécier le degré de constriction produit par l'instrument. On comprend ainsi qu'au niveau de l'articulation temporo-maxillaire la compression des parties molles ait pu amener une eschare susceptible d'ouvrir la cavité articulaire et d'entraîner après elle les désordres constatés par la Société.

La séance est levée.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1893

PRÉSIDENTE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président annonce que M. Dunogier, récemment élu, assiste à la séance et lui souhaite la bienvenue.

M. Dunogier remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'admettant au nombre de ses membres.

M. le Président annonce à la Société que M. Moreau a eu récemment la douleur de perdre son fils. Il invite MM. Arnozan et Troquart à se joindre à lui pour lui présenter les condoléances de ses collègues.

**Choix d'une question de chirurgie pour le prix
de la Société.**

M. Villar, au nom d'une Commission composée de MM. Demons, Dudon, Lagrange, Pousson, Troquart et Villar, lit un rapport qui propose à la Société, comme

conclusions, de choisir l'une des deux questions suivantes :

1° Indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale dans les affections inflammatoires des annexes de l'utérus;

2° Traitement chirurgical du cancer de l'estomac.

La seconde question est adoptée par la Société comme sujet de prix de chirurgie pour l'année 1894.

Mort rapide dans un cas d'épanchement pleurétique gauche pesant 1,350 grammes.

M. Davezac. Pendant les vacances dernières, j'avais l'honneur de suppléer dans son service de l'hôpital Saint-André notre excellent collègue M. Mandillon. Dans les premiers jours du mois d'août, je trouvai une malade, âgée d'une cinquantaine d'années, assise sur son lit, respirant assez péniblement. Le facies était blafard; l'état général paraissait mauvais et commandait notre attention. En l'examinant, nous reconnûmes dans la plèvre gauche un épanchement médiocrement abondant, accompagné d'un point de côté. Le cœur était faible, mais à battements réguliers. Aucune grave complication ne paraissait à craindre; les urines étaient normales. Nous prescrivîmes un vésicatoire *loco dolenti* et une médication reconstituante. Nous étions au 10 août, le lendemain la malade demeurait toujours assise, mais elle accusait elle-même un mieux sensible. Or, dans la nuit du 11 au 12, elle mourait très rapidement. Nous en fûmes péniblement surpris, nous reprochant d'avoir différé, dès le premier jour de notre examen, la thoracentèse.

L'autopsie nous fit constater du côté gauche un épanchement fibrineux, d'une sérosité limpide, du poids exact de 1,350 grammes. Un certain degré d'hydrothorax droit et d'hydropéricarde existait également. L'aspect nettement louche de la plèvre gauche contrastait avec la transparence de celle du côté opposé, et le péricarde participait de ce dernier caractère, de telle sorte que nous pouvions légitimement admettre, d'une

part, une pleurésie primitive, de l'autre un hydrothorax et un hydropéricarde consécutifs. Sauf le ratatinement inégal des lobes inférieurs des deux poumons, nous ne trouvâmes, dans le reste de l'autopsie, aucune lésion notable à signaler. Nous acquîmes, dès lors, la conviction que cette mort rapide était principalement due à la non-évacuation en temps voulu de l'épanchement dont nous avons parlé et c'est ce qui fait, croyons-nous, l'intérêt de cette observation.

Il vous souvient, Messieurs, qu'au mois de mai de l'année dernière une importante discussion eut lieu à l'Académie de Médecine sur la thoracentèse et la pleurésie. J'avoue que je ne fus pas médiocrement surpris du désaccord qui existait à cet endroit entre les médecins très éminents qui prirent la parole, tant il me paraissait naturel qu'armé de la méthode aspiratrice et se conformant rigoureusement aux règles de l'antisepsie, on libérât une plèvre de l'épanchement qu'elle pouvait contenir. Et je me rappelais avoir observé un cas de mort subite chez une femme âgée de soixante-trois ans et saine par ailleurs, dont l'autopsie nous permit de mesurer un liquide pleural fibrineux, pesant 1,650 grammes seulement. Chez cette malade j'avais, sur sa prière, différé au lendemain la thoracentèse.

M. le professeur Dieulafoy qui, pour moi, fait autorité dans la matière, a dit au cours de cette discussion :

« Si, à quelques 100 grammes près, l'épanchement paraît avoisiner 2,000 grammes, il n'y a pas d'hésitation possible, l'urgence de la thoracentèse est déclarée.

» L'urgence de l'opération ne peut et ne doit être basée que sur l'évaluation de la quantité du liquide épanché. »

Par l'observation que j'ai eu l'honneur de vous rapporter, je me crois autorisé à déclarer qu'il faut savoir recourir immédiatement à cette évacuation inoffensive quand elle est bien faite, même en présence d'un épanchement plus modéré. Voici deux cas où j'ai eu l'amer regret de n'avoir pas suivi cette pratique et, d'autre

part, je n'ai eu qu'à me louer de toutes les thoracentèses que j'ai faites.

M. Arnozan croit pouvoir atténuer les remords de *M. Davezac* en lui disant que la thoracentèse, pratiquée pour un épanchement pleurétique, n'empêche pas toujours la mort subite. Il se rappelle avoir soigné, il y a six ou sept ans, une domestique atteinte de pleurésie qu'avait améliorée un vésicatoire au point qu'il put remettre la ponction au lendemain. Le lendemain, la malade était morte. Ce fait devait lui servir d'enseignement pour l'avenir. Désormais, il n'hésiterait pas à recourir d'emblée à la thoracentèse. L'occasion ne devait pas se faire longtemps attendre. Un garçon de recette, atteint successivement de pneumonie gauche et de pleurésie métapneumonique, fut soumis à ses soins et vu en même temps par *M. W. Dubreuilh*. L'épanchement étant devenu abondant, la ponction fut pratiquée et amena un litre de liquide séreux. La toux cessa. Prudemment, l'opérateur ne donna pas issue à tout l'épanchement et s'arrêta devant le retour à l'état normal des phénomènes respiratoires. Quelques jours plus tard, la dyspnée et la toux reparaissaient. Nouvelle ponction suivie du même soulagement que la première fois. Trois jours après, le malade mourait subitement. Les faits de cette nature sont rares à la vérité, mais ils laissent très perplexe le médecin appelé à traiter un épanchement pleural. La question de la thoracentèse n'est donc pas complètement élucidée. C'est du moins ce qui paraît résulter des cas précédents. Après le premier, *M. Arnozan* penchait pour la ponction rapide. Après le second, il retombe dans ses hésitations primitives.

M. Eymery, fidèle aux préceptes de Dieulafoy, a fait nombre de thoracentèses. Dans un cas, la ponction soulagea le malade, qui n'en mourut pas moins subitement, comme celui rapporté par *M. Arnozan*.

M. Davezac remercie ses collègues de l'intérêt avec lequel ils ont accueilli sa communication et des observations instructives dont ils l'ont fait suivre. Ces observations montrent qu'on peut mourir subitement malgré

la thoracentèse, ce qui diminue un peu les regrets que lui a suggérés le fait dont il a été le témoin. De cette discussion, il résulte que, dans certains cas fort embarrassants, l'épanchement pleural peut être trop peu abondant pour commander la ponction et cependant suffisant pour entraîner subitement la mort. Il n'en est pas moins vrai, ces exceptions une fois mises de côté, que la thoracentèse a considérablement abaissé le chiffre de la mortalité dans la pleurésie.

M. Verdalle veut rapporter un cas relatif au chapitre énorme que l'on pourrait écrire sur *les surprises de l'épanchement pleurétique*. Il s'agit d'une jeune femme, accouchée depuis une quinzaine de jours, entrée dans son service avec une pleurésie droite, déjà traitée en ville par deux vésicatoires. Aucun signe d'épanchement. Simple submatité d'environ trois travers de doigt. Frottement léger, quelques râles de congestion pulmonaire, pas de souffle, pas de fièvre, pouls normal; traitement purement médical. On n'observe, le soir, aucun phénomène général, pas d'élévation de température, peu ou pas d'oppression. Cela dure une huitaine de jours, sans modification, sans que rien vienne faire penser à un état plus grave. Un soir, la malade est prise d'une anhélation subite, avec de la cyanose et une température inférieure à la normale et succombe le lendemain matin. L'autopsie révéla l'existence d'un épanchement purulent qui n'avait pu être diagnostiqué cliniquement, parce que le poumon fixé par des adhérences solides au rachis, aux côtes et au foie, séparait la paroi thoracique de l'empyème. Celui-ci était collecté dans le médiastin et masqué par le poumon qui faisait coque en arrière et sur le côté.

M. Demons admet, avec *M. Verdalle*, qu'en ce cas le diagnostic clinique présentait des difficultés extrêmes. Mais il estime que si ce diagnostic eût pu être porté, l'interposition du poumon n'eût pas suffi à arrêter la main du chirurgien. L'ouverture de l'abcès, même à travers une lame pulmonaire, eût été effectuée sans grand risque pour la malade.

Quelques cas de chirurgie pratique.

M. Demons demande à la Société la permission de lui rapporter quelques faits de chirurgie pratique qui lui semblent offrir un certain intérêt.

Ce sont d'abord *deux cas de trachéotomie d'urgence*.

Dans le premier, il s'agit d'une fillette trachéotomisée pour croup depuis une quinzaine de jours. La plaie est cicatrisée, la guérison paraît assurée. Seul, un léger cornage persiste pour lequel le chirurgien continue à visiter son opérée. Un dimanche soir, avant dîner, *M. Demons* va la voir et la trouve joyeuse, courant au milieu de la chambre. Satisfait de son état, il se retire, son parapluie sous le bras et est reconduit à la porte par la domestique qui tient à la main, pour l'éclairer, une lampe allumée. Tout à coup, se ravisant, la mère court avec sa fille derrière le chirurgien, le priant de regarder encore la cicatrice opératoire. *M. Demons*, abaissant du doigt le foulard qui enveloppe le cou de l'enfant, s'apprête à faire l'examen désiré quand, subitement, l'enfant pâlit et tombe sans mouvement et sans vie des bras de la mère affolée qui s'échappe en criant : ma fille est morte. *M. Demons* recommande formellement à la domestique de rester à ses côtés avec la lampe allumée qui seule éclaire cette scène émouvante ; il jette l'enfant sur un fauteuil, sort de sa trousse un bistouri et d'un coup, sans perdre le temps d'enlever le foulard, fend la trachée. Rien n'en sort, ni sang ni air. Retirant de sa trousse une sonde de femme, il l'introduit alors dans la plaie trachéale et pratique une insufflation que vient seconder la respiration artificielle. Au bout d'un long moment apparaît une première inspiration, semblable à celle des mourants ; puis, peu à peu, une seconde inspiration. La malade enfin respire et revient à la vie. Au bout de toutes ces manœuvres, le chirurgien s'aperçoit, non sans surprise, qu'il a gardé son chapeau sur la tête et son parapluie sous le bras. La mère a conservé de cette épreuve une impression si cruelle que pendant trois ans elle a voulu qu'on laissât la canule à demeure.

Il n'en est résulté qu'une petite fistulette précervicale, grosse comme une tête d'épingle.

Conclusions : 1° Le chirurgien doit toujours avoir sa trousse sur lui ;

2° Si la domestique s'en fût allée avec sa lampe, elle eût laissé dans l'obscurité l'enfant morte et le chirurgien impuissant à lui porter secours.

Second cas. Un dimanche encore, après déjeuner, M. Demons part voir un malade, cette fois sans sa trousse. Au moment où, de retour, il va rentrer chez lui, il est abordé par un monsieur qui sort effaré d'une voiture et le prie de venir immédiatement trachéotomiser un de ses parents qui étouffe. Le médecin de ce malade est absent dans le moment, mais il a donné ses instructions pour que tous les instruments nécessaires à la trachéotomie fussent procurés chez M. Gendron. Ces instruments sont prêts, il n'y a qu'à s'en servir. M. Demons arrive chez le patient et le trouve étendu sur un canapé, mourant. Mettant aussitôt la main sur les instruments placés sur une table à sa portée, il ne trouve parmi eux aucun bistouri. Cet instrument avait été égaré par la famille. Lui-même, sans trousse, n'a pas de bistouri sur lui. Prenant alors une paire de ciseaux, il ponctionne la trachée avec la lame pointue et, par le rapprochement de la seconde lame, il sectionne la paroi trachéale. L'extrémité d'un soufflet est immédiatement introduite dans la plaie et des insufflations énergiques effectuées par une des personnes présentes, pendant que le chirurgien fait la respiration artificielle. Le malade revient à la vie. Il vécut encore un jour.

Morale : Avec une paire de ciseaux et un vulgaire soufflet, on peut trachéotomiser et faire revivre un moribond.

M. Demons cite un cas instructif de cathétérisme dont il a été le témoin il y a quelque temps. Appelé à la campagne pour faire uriner un vieux prostatique, il arrive auprès du malade quand celui-ci était soulagé. Après avoir subi pendant tout un jour les cathétérismes répétés de trois médecins, le patient avait fini par uriner. Deux

médecins, tout d'abord, avaient inutilement introduit une sonde dans la vessie et persistaient dans leurs manœuvres infructueuses quand, par aventure, vint à passer dans la localité un troisième confrère qui fut invité à leur prêter main forte. Celui-ci, mieux avisé, retira la sonde d'où rien ne sortait et l'examina. Elle était obstruée d'un bout à l'autre par un long coagulum sanguin, résultat de cathétérismes antérieurement pratiqués par le malade lui-même. Une sonde perméable est alors introduite et l'urine aisément s'écoule, à la grande satisfaction du malade, mais au grand désappointement des deux autres médecins. La leçon était facile à donner, mais dure à recevoir.

Dans une autre circonstance, il s'agissait d'une erreur commise par M. Demons lui-même. Une vieille dame, très grasse, vint le consulter pour une *tumeur de l'abdomen située au-dessus de l'ombilic*. Cette tumeur paraît profonde, vaguement fluctuante et donne issue par la ponction à un liquide trouble. M. Demons pense à un kyste mésentérique; vu la gravité de l'intervention dans le cas actuel, il renvoie la malade en lui conseillant de patienter jusqu'au moment où la tumeur viendrait à augmenter. Au bout de quelque temps, la tumeur s'était beaucoup accrue et la malade, décidée à se faire opérer, vint à Bordeaux. Incision sus-ombilicale de la paroi abdominale, dénudation du kyste, recherche du pédicule qui tient à l'utérus. Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. La méprise venait de ce que la paroi abdominale, très flasque et très adipeuse, était retombée entraînant avec elle l'ombilic au-devant du pubis. Le kyste avait paru sus-ombilical, il fut pris pour un kyste du mésentère. En réalité, il avait une origine pelvienne et son point de départ dans l'ovaire. Cette erreur de diagnostic entraînait à la fois une erreur de pronostic et de traitement; gravité très grande de l'intervention et abstention dans le cas de tumeur mésentérique; au contraire, avec le kyste de l'ovaire, opération indiquée d'emblée et facilement suivie de guérison, comme chez cette malade.

M. Dudon tient à rappeler deux erreurs de diagnostic dont il a été le témoin à Paris en 1867.

Dans un cas, il s'agissait d'un homme porteur, au niveau du troisième espace intercostal gauche, d'une énorme plaie au milieu de laquelle émergeait un corps dur, noirâtre, pris par le chef de service et son entourage pour un *séquestre du sternum*. On donne du chloroforme, on agrandit la plaie, on saisit le séquestre avec des pinces, on le retire; ce n'était point un os, mais un morceau de fer. Une fois éveillé, le patient raconta que, pendant la guerre de Crimée, il avait reçu au cou un éclat d'obus qui devait être le corps étranger retiré par l'opérateur. Cet éclat d'obus était descendu de la région cervicale, avait traversé impunément le médiastin antérieur et sans porter aucun dommage aux organes importants de la région, était venu se faire jour à la partie antérieure de la poitrine. L'erreur du diagnostic parut grossière. Elle était précisément due à ce que le corps étranger était trop apparent. S'il eût fallu aller à sa recherche avec un stylet au fond d'une plaie étroite, le choc de l'instrument eût donné lieu à une résonance métallique. Ici, on s'était contenté de le toucher du doigt; de là l'erreur du chirurgien et de ses élèves.

Le même jour, dans le même service, le même chirurgien opérait un garçon de vingt ans pour une tumeur du premier espace intermétacarpien de la main droite. Grosse comme une cerise, elle ressemblait à un *kyste sébacé*. Incision, dissection de la tumeur. Celle-ci tenait en haut et en bas. On la libère après ligature; c'était un anévrysme de l'artère radiale.

La séance est levée.



SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1893

PRÉSIDENTE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Abcès hépatique ouvert dans les bronches.**Présentation de malade.**

M. Ferron, médecin principal à l'hôpital militaire, présente un malade opéré d'un abcès hépatique ouvert dans les bronches.

M. Ferron parle à ce sujet de l'intervention chirurgicale dans les abcès du foie en rapport avec la plèvre. Il communiquera à la Société un travail sur cette question.

Automatisme ambulateur de nature hystérique.**Présentation de malade.**

M. Régis présente une malade atteinte d'automatisme ambulateur de nature hystérique et lit le travail suivant :

Je viens d'observer, par hasard, un cas de ce que l'on a désigné et décrit, dans ces dernières années, sous le nom d'*automatisme ambulateur*. Ce cas m'a paru assez intéressant pour que j'aie cru devoir le communiquer à la Société et lui présenter la malade qui en fait l'objet.

D... (Isabelle), femme C..., est âgée de cinquante-deux ans. Son père est mort à soixante-seize ans de l'influenza, durant l'hiver de 1891-92. Aveugle depuis huit ans, il était tombé, à la suite d'opérations restées sans succès, dans un véritable état de mélancolie. Sa mère est morte à soixante-sept ans, d'une affection du cœur. Elle est la seconde de cinq frères ou sœurs : le premier, mort en venant au monde ; le troisième, mort

à seize ans d'une fluxion de poitrine; la quatrième vivante, âgée de quarante-six ans, sujette à des crises d'hystérie; la cinquième, âgée de trente-huit ans, bien portante. Mariée à dix-huit ans, elle a eu cinq grossesses, dont deux fausses couches et trois enfants vivants : un garçon de trente ans, délicat, peu intelligent, atteint d'otorrhée chronique à la suite d'une affection cérébrale infantile; une fille de vingt-cinq ans, internée depuis quatre mois à l'Asile des aliénées de Bordeaux et dont nous aurons à reparler tout à l'heure; un garçon de vingt-un ans, bien portant, intelligent, mais alcoolique et mal équilibré.

En ce qui la concerne, on ne relève dans ses antécédents pathologiques que l'influenza qui, depuis l'épidémie d'il y a deux ans, revient chez elle tous les hivers sous une forme de plus en plus atténuée. Elle a cessé d'être réglée depuis environ neuf mois.

Vers l'âge de douze ans, à l'époque de sa puberté, la malade a été prise de crises de nerfs, de nature manifestement hystérique, consistant en attaques convulsives accompagnées d'agitation, de cris, de délire et suivies d'amnésie complète. A dater de ce moment, ces crises se sont reproduites plus ou moins fréquemment, sauf le temps des grossesses, durant lesquelles elles se sont chaque fois suspendues et aux approches de la ménopause, qui ont paru les supprimer pendant plus de deux ans. C'est à la suite du chagrin causé par la folie et l'internement de sa fille qu'elles sont revenues, plus fréquentes et plus intenses que jamais.

Cette fille, âgée aujourd'hui de vingt-cinq ans, était, paraît-il, bien portante, intelligente et d'une grande bonté. Aussi, sa mère l'aimait-elle d'une affection toute particulière. Il y a deux ans, elle fut atteinte d'une influenza grave, compliquée de fluxion de poitrine, qui la débilita profondément. Dès la convalescence, elle se montra inerte, passive, mélancolique, ne parlant plus, n'ayant goût à rien, ne voulant voir personne. Puis, son grand père étant mort de l'influenza, elle commença à manifester des idées mystiques, faisant des

signes de croix, se jetant à genoux et lorsqu'elle put sortir, errant dans les champs en cheveux et nu-pieds, l'air hagard, disant qu'elle cherchait une place pour planter une croix. Au bout de quelque temps, des idées de persécution survinrent et la malade prit sa mère en grippe, l'accusant de vouloir l'empoisonner, l'injuriant et se précipitant sur elle, si bien qu'après avoir fait des difficultés pour manger, elle finit par refuser toute nourriture, ce qui amena son internement à l'Asile de Picon, où elle entra le 3 septembre dernier. A l'Asile, elle s'est décidée à s'alimenter, mais ses idées de persécution et ses hallucinations ont persisté. Vers le commencement de novembre, elle a été prise d'une variole des plus graves, dont elle a failli mourir et, encore aujourd'hui, 1^{er} février 1893, elle n'est pas entièrement débarrassée de ses croûtes. J'ignore exactement quelle influence cette affection intercurrente a pu avoir sur sa folie, qui est elle-même une psychose post-grippale, mais j'ai tout lieu de penser que cette influence a été à peu près nulle et que la jeune fille se trouve, à l'heure actuelle, dans le même état mental qu'auparavant.

Depuis que sa fille a été atteinte de folie et surtout depuis que cette folie a nécessité l'internement, notre malade, nous l'avons vu, a été reprise de ses attaques convulsives. De plus, elle est tombée dans une espèce de tristesse morne et ne fait plus pour ainsi dire que penser à son enfant. La nuit, elle en rêve et la voit debout, penchée vers elle, bonne et affectueuse comme autrefois, lui disant de douces paroles et s'ingéniant à lui complaire. Puis, elle se réveille, la vision s'évanouit, ça l'étouffe et elle pleure. Ce rêve se reproduit presque toutes les nuits sous la même forme. Le jour, elle se concentre tout entière dans ses souvenirs et cette sorte d'évocation mentale est telle qu'elle en arrive à déterminer une image visuelle confuse de la fille, mais surtout une conversation intérieure, c'est à dire des hallucinations psycho-motrices orales bien déterminées. La malade traduit ce phénomène en disant que ça lui parle dans l'estomac, que ses idées ne sont pas dans la

tête mais dans le creux de l'estomac, que ses pensées se transforment en paroles dans son estomac. Pour que ces voix se produisent, il faut qu'elle ne soit pas distraite. Elle n'a pas observé si sa langue remuait pendant ce temps, mais priée d'écouter ses voix intérieures devant nous, elle constate que sa langue est animée de mouvements imperceptibles.

Le 25 décembre dernier, la malade est venue à Bordeaux et s'est rendue à l'Asile où elle a demandé à voir sa fille. Les médecins ne l'ont pas permis et l'ont engagée à attendre que la chute des croûtes ait rendu toute contagion impossible. Elle a dû, par suite, retourner dans son pays, où elle est arrivée le mardi 27, contrariée, plus triste que d'habitude, s'imaginant que sa fille était très souffrante et qu'on lui cachait quelque chose. Chez elle, elle a appris une mauvaise nouvelle. Des plants de vigne laborieusement amassés et tenus en réserve pour payer la modeste pension de la fille à l'Asile avaient été volés. Le lendemain mercredi, elle a passé une grande partie de la journée avec les gendarmes, venus pour faire une enquête sur ce vol.

Le vendredi 30 décembre, vers dix heures du matin, elle a quitté son domicile et après avoir voyagé tout le jour dans des conditions que nous essaierons de déterminer tout à l'heure, elle a été amenée vers huit heures du soir chez sa sœur, au Bouscat, par des agents de police appelés à l'Asile de Picon, où elle se livrait à des manifestations extravagantes et violentes en réclamant sa fille. Le lendemain matin, samedi, je vais la voir. Je la trouve excitée, délirante, demandant constamment sa fille et se plaignant de « barbots », qui remuaient dans sa tête. Elle me prend pour son médecin habituel. De temps à autre, ce délire actif et bruyant est entrecoupé par une crise convulsive hystérique très courte, consistant en grandes secousses toniques avec arc de cercle, cris aigus et répétés, suivie d'une phase de détente, après laquelle le délire reprend son cours. La malade a ainsi quatre attaques hystériques dans la journée. Une potion de bromidia la fait un peu reposer la nuit et, le

lendemain dimanche, je lui fais prendre une purgation qui produit le plus heureux résultat. A peine la première selle a-t-elle eu lieu, en effet, qu'elle se sent débarrassée de ses « barbots », qu'elle cherche et qu'elle aperçoit dans son vase, où elle veut les montrer à sa sœur. Dans la journée, le délire s'apaise, les crises convulsives cessent et le soir la malade revenait à elle, reprenant à peu près complètement sa conscience et sa raison, demeurant seulement pendant quelques jours courbaturée, très faible et sans appétit, avec une nouvelle atteinte, assez légère d'ailleurs, d'influenza.

Le lendemain et jours suivants, je l'interroge et recueille les principaux détails de son observation. Sur tous les points, elle me donne des renseignements précis, mais lorsque j'arrive à sa fugue, elle est toute déconcertée et ne peut fournir que quelques rares indications, d'ailleurs très vagues, sur les incidents les plus saillants qui l'ont marquée. Elle se rappelle qu'elle a dû passer à Libourne où une dame l'aurait mise dans le train en lui donnant deux sous, qu'elle est entrée à l'Asile avec le facteur, qu'elle y a demandé sa fille, qu'une sœur l'a traitée de folle, qu'on la conduite dans une grande maison où on l'a interrogée, enfin qu'on l'a ramenée en voiture au Bouscat, où pendant deux jours, elle n'a reconnu que sa sœur et son beau-frère, entrés dans son délire. Ce sont là des incidents qui surnagent plus ou moins confusément dans sa mémoire, jalonnant ainsi de distance en distance son exode pathologique.

Les renseignements recueillis de divers côtés par la famille viennent corroborer les quelques indications de la malade et les augmenter, tout en laissant dans l'inconnu une grande partie des événements du voyage qui échappe aux investigations. On a su, par exemple, que le jour de son départ, elle s'est levée comme d'habitude, a fait son ménage et préparé le repas du matin, auquel elle a assisté sans y participer ; on sait aussi que presque aussitôt après, vers dix heures, elle est partie, en vêtements de travail, disant qu'elle allait à la recherche des plants de vigne ; qu'à une distance de trois à quatre

kilomètres, des gens du pays l'ont aperçue sur la route dépouillée de ses jupons; qu'en les voyant venir, elle s'est rhabillée à la hâte et s'est remise aussitôt en route, marchant avec une vitesse incroyable; qu'elle est passée rapidement et sans payer sur le pont de Castillon, répondant à la femme préposée au péage qui lui demandait où elle se rendait si vite: « Je vais chercher ma fille, ma pauvre enfant; » enfin, qu'elle a paru égarée à tous ceux qui l'ont rencontrée. Mais là s'arrêtent les renseignements et on ne sait rien de plus sur son compte jusqu'à l'heure où le soir on la retrouve à l'Asile de Picon, faisant du bruit et réclamant sa fille, ce qui a nécessité le recours à la police, son envoi à la Permanence et finalement son arrivée chez sa sœur sous la conduite des agents. Ce qu'elle a fait dans l'intervalle, personne ne le sait et n'a pu le contrôler et, quant à elle, elle n'en a pas la moindre notion.

Nous avons donc affaire, chez cette femme, à un accès d'automatisme ambulatoire avec amnésie très profonde, mais non absolue.

Avant d'élucider ce qui a trait à l'accès d'automatisme ambulatoire considéré au point de vue diagnostique et nosologique, j'ai tenu à préciser chez la malade les caractères de l'amnésie, c'est à dire ses limites de début et de terminaison. Or, en l'interrogeant soigneusement, je me suis vite convaincu que la perte du souvenir ne commençait pas, comme on aurait pu le croire, le vendredi 30 décembre, à dix heures, en même temps que sa fugue, mais qu'elle remontait en arrière et s'étendait à toute la journée de la veille, celle du jeudi, entièrement disparue de sa mémoire. L'amnésie est donc ici *rétrograde*, comme cela existe dans la plupart des cas de ce genre et d'une façon générale, dans les amnésies névrosiques ou traumatiques, ainsi que l'ont démontré M. Azam et M. Charcot. D'autre part, cette amnésie cesse le dimanche

soir avec la fin de la crise et ne se prolonge pas en avant. Elle n'est donc pas *antérograde* et ne présente pas ce phénomène si curieux d'*amnésie antérograde de conservation*, signalé dans certains cas par MM. Charcot, Souques, Ségas et Sollier. Au total, l'amnésie porte sur une durée de quatre jours pleins, au sujet desquels la malade n'a qu'un souvenir subconscient des grands événements survenus.

Il s'agit maintenant d'étudier la valeur nosologique de l'accès d'automatisme ambulatoire survenu chez notre malade et de déterminer l'affection morbide à laquelle il appartient. Il y a quelques années encore, la tâche eût été difficile, pour ne pas dire impossible, car on considérait les fugues automatiques comme se rapportant exclusivement à l'épilepsie. Aujourd'hui, grâce aux travaux des neurologistes français, en particulier à ceux de M. Charcot et de ses élèves, ainsi qu'à ceux de M. Pitres et de son élève M. Tissié, nous connaissons un peu mieux les conditions dans lesquelles se produit cet intéressant syndrome et nous savons qu'il peut se présenter dans la folie, dans la neurasthénie, dans l'épilepsie et dans l'hystérie, revêtant dans chacune de ces maladies des caractères spéciaux et suffisamment distincts.

Dans la folie, par exemple, on peut voir un individu, sous l'influence d'une conception délirante, d'une hallucination, plus rarement d'une impulsion, partir de chez lui et accomplir un voyage plus ou moins lointain. Mais ce voyage a un objectif déterminé : tantôt il est motivé par une idée de grandeur, comme chez les mégalomanes qui vont de leur province à Paris pour faire des communications au Gouvernement, prendre possession de leurs titres, de leurs richesses, de leur palais ; tantôt il s'effectue sous l'influence d'idées délirantes d'insécurité comme chez les *persécutés migrants* (Foville) qui se déplacent

sans cesse et vont jusqu'à s'expatrier pour échapper à leurs ennemis ou comme chez les alcooliques qui, terrorisés par des dangers imaginaires, courent affolés devant eux, toujours poursuivis par leurs frayeurs. D'autres fois, chez les mystiques par exemple, c'est une voix impérative qui ordonne de partir et désigne le but, comme c'était le cas chez cet aliéné religieux que j'ai présenté ici même, il y a quelques mois, et qui était venu de la Bretagne à Bordeaux à pied pour obéir à l'inspiration de Dieu. Non seulement d'ailleurs dans la folie le voyage est motivé, mais encore il est conscient et le malade en garde le plus complet souvenir, sauf peut-être dans la fugue alcoolique qui s'accompagne parfois de lacunes amnésiques plus ou moins marquées.

Il en est de même chez les dégénérés et en particulier chez les neurasthéniques qui exécutent leurs fugues sous l'empire d'une propension plus ou moins soudaine, ordinairement obsédante, à laquelle ils ne peuvent résister en raison de la faiblesse de leur volonté. Ici encore, la crise née souvent d'une cause réelle, mais plus ou moins insignifiante, revêt le type conscient et le souvenir en reste tout à fait intact.

Tout autres sont les accès d'automatisme ambulatoire que l'on observe dans les deux névroses épilepsie et hystérie. Ceux-ci se reconnaissent à un signe important et qui leur appartient en propre; ils sont *amnésiques*, c'est à dire qu'au sortir de l'accès, le souvenir en est perdu. On pourrait donc, séméiologiquement, diviser les fugues pathologiques en deux groupes: les fugues amnésiques et les fugues non amnésiques.

La fugue de l'épilepsie, la seule des fugues amnésiques qu'on connût encore il y a quelques années, a des caractères particuliers. Elle est absolument automatique. L'épileptique part tout d'un coup, à l'aveugle,

il marche au hasard devant lui, ne sachant ni ce qu'il veut ni ce qu'il fait, se livrant inconsciemment sur sa route à des extravagances, à des actes impudiques, à des impulsions soudaines à l'incendie, à l'homicide ou au suicide. Revenu à lui, il ne sait rien de ce qui s'est passé, il ignore où il est et comment il y est venu. D'autre part, cette fugue se produit soit à la suite d'un accès convulsif, remplaçant pour ainsi dire le délire post-épileptique, soit plus fréquemment encore dans la variété non convulsive de l'épilepsie, dans ce que l'on appelle l'*épilepsie larvée*, où elle tient lieu de l'attaque et en constitue comme un équivalent. Elle se présente presque toujours dans ce cas, sous forme d'accès locomoteurs périodiques et identiques.

La fugue de l'hystérique, bien qu'amnésique comme celle de l'épileptique, a des symptômes différents. Ici, le sujet est en état second ou de somnambulisme. Chez lui, l'idée du voyage à accomplir répond souvent à un désir ou même à un besoin antérieur qui se manifeste et réagit spontanément durant le sommeil nerveux, et le malade l'exécute presque d'une façon normale, allant droit au but sans s'écarter, « prenant les chemins les plus faciles, évitant les voitures, côtoyant les passants sans les remarquer, mais aussi sans gêner leurs mouvements, sans les heurter, descendant les trottoirs, traversant les chaussées les plus fréquentées et se garant très bien de tous les accidents. » « Chez l'hystérique, la locomotion s'impose et s'impose consciemment; seule, son exécution n'est que subconsciente, mais subconsciente à un plus haut degré que chez l'épileptique ⁽¹⁾. » D'autre part, l'amnésie de la fugue, bien que constante, n'est pas toujours aussi profonde et aussi absolue que dans l'épilepsie et parfois quelques débris de la scène sur-

(1) H.-B. Géhin. *Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif*, th. de Bordeaux, 16 déc. 1892, p. 83 et 94.

nagent dans les souvenirs. Enfin, l'accès d'automatisme ambulateur a avec l'attaque hystérique les mêmes rapports étroits que la fugue de l'épileptique avec son attaque convulsive, et M. Charcot n'hésite pas à la considérer comme une continuation de la phase passionnelle ou délirante de l'attaque ou même, dans certains cas, comme un équivalent de cette attaque. « Vous savez, dit-il, à propos de la malade dont M. Souques ⁽¹⁾ a publié l'observation si intéressante, que la période délirante de l'attaque se transforme souvent et que cette transformation peut revêtir des modalités cliniques très différentes. Vous savez que le somnambulisme hystérique, peut-être aussi le somnambulisme spontané, n'est autre chose qu'une transformation de cette phase délirante de l'attaque et que l'*automatisme ambulateur*, le sommeil hystérique, le vigilambulisme relèvent dans la théorie de la même interprétation ⁽²⁾. » D'après ces données, l'accès d'automatisme ambulateur qui termine les attaques d'hystérie ne serait donc qu'une continuation ou une transformation de la phase délirante de l'attaque, tandis que l'accès d'automatisme ambulateur isolé ou à répétition, qui se manifeste en dehors de tout phénomène convulsif, serait l'équivalent de ces attaques.

Il n'est pas besoin d'insister, je crois, pour démontrer que chez notre malade l'accès d'automatisme ambulateur qui a eu lieu est de nature hystérique. Les attaques d'hystérie dont elle est atteinte depuis l'âge de douze ans, les caractères particuliers de la fugue et la terminaison de celle-ci par des attaques d'hystérie montrent, à n'en pas douter, qu'il en est

(1) A. Souques. Essai sur l'amnésie rétro-antérograde dans l'hystérie, les traumatismes cérébraux et l'alcoolisme chronique. (*Rev. de Méd.*, 10 mai et 10 novembre 1892.)

(2) Charcot. Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde probablement d'origine hystérique. (*Rev. de Méd.*, février 1892. Leçon recueillie par M. A. Souques.)

ainsi. Il existe cependant, dans ce cas, une particularité qu'il convient de relever : c'est que l'automatisme ambulateur, s'il s'est accompagné d'attaques hystériques, a précédé ces attaques au lieu de les suivre. Je crois que le fait est rare et il est permis de se demander s'il s'agit là d'un accès de somnambulisme hystérique, à forme ambulateur, terminé par une attaque hystérique ou tout simplement d'une attaque hystérique dont la période préconvulsive ou période d'aura s'est traduite par de l'automatisme ambulateur. Au fond, la distinction n'est peut-être pas d'une importance majeure et il suffit de relever les relations étroites de cet automatisme avec l'attaque hystérique, quelles que soient d'ailleurs ces relations.

J'arrive maintenant au point le plus intéressant peut-être de cette observation.

En dehors des caractères nosologiques qui différencient l'automatisme ambulateur hystérique des autres genres de fugues et que nous avons rappelés, il existe deux signes qui permettent souvent d'asseoir le diagnostic d'une façon irréfutable. Le premier de ces signes, c'est la possibilité dans l'automatisme ambulateur hystérique de réveiller complètement la mémoire de la fugue en plaçant le sujet dans l'état hypnotique. A l'état ordinaire, l'amnésie est complète, il ne se rappelle rien ou presque rien ; mais si on parvient à le plonger dans le sommeil artificiel, ce qui n'est pas toujours possible, il récupère le souvenir de son accès d'automatisme et le raconte dans tous ses détails pour retomber, au réveil, dans l'amnésie antécédente. Le second signe est basé sur le procédé de l'écriture automatique qui consiste, pendant que le malade entretient une conversation à haute voix avec un interlocuteur, à lui glisser dans la main un crayon et à l'interroger à voix basse sur les faits de sa période amnésique ; une espèce de dédoublement de la per-

sonnalité se produit en lui et pendant que sa personnalité normale continue la conversation, sa personnalité seconde écrit de la façon la plus exacte les faits frappés d'amnésie.

Je n'ai pu expérimenter chez la femme C... le procédé de l'écriture automatique, pour la bonne raison qu'elle ne sait pas écrire. Mais, sur le conseil de M. le professeur Pitres, j'ai essayé de recourir à l'hypnotisme et, malgré le peu d'espoir que j'avais de réussir, étant donné surtout l'âge déjà avancé de la malade, je l'ai endormie très facilement du premier coup et, dans son sommeil, elle m'a fait le récit le plus détaillé et le plus précis, non seulement de sa fugue, mais de toute sa période amnésique, s'étendant du jeudi, veille de son départ, au dimanche suivant. J'ai renouvelé plusieurs fois l'expérience et chaque fois les réponses ont été identiques. La famille a pu, du reste, contrôler la réalité de quelques-unes d'entre elles.

J'aurais voulu tenter de débarrasser ma malade de sa lacune amnésique par la suggestion, en lui suggérant de se souvenir au réveil ; mais j'ai préféré la présenter, tout d'abord, à mes collègues de la Société afin qu'ils puissent constater son amnésie dans l'état ordinaire et le réveil du souvenir dans l'état hypnotique.

Voici, pour terminer, les principales indications fournies par la femme C... dans l'hypnose sur les divers incidents de sa fugue. On pourra se convaincre tout à l'heure qu'elle va les reproduire tels quels à nouveau, lorsqu'elle sera endormie.

Le jeudi, veille du départ, journée comprise dans la période amnésique, la malade a savonné et lavé depuis le matin après déjeuner jusqu'au soir. Elle n'a pas eu d'attaques de nerfs. Elle a mal dormi pendant la nuit et, comme d'habitude, a rêvé de sa fille. Le vendredi matin, après s'être occupée à son ordinaire, elle a

été prise, comme d'un coup de tête, de l'envie d'aller chercher sa fille. Elle ne l'a pas dit parce qu'on l'en aurait empêchée. Elle est partie brusquement, sans songer à changer de vêtements ni à prendre de l'argent et s'est mise à marcher très vite. A quelques kilomètres de son domicile, en face la vigne du nommé D..., elle s'est déshabillée sans trop savoir pourquoi, parce qu'elle était souffrante et préoccupée, pense-t-elle. Sur ces entrefaites, trois individus sont passés, deux qu'elle connaît, C... père et fils, et un militaire inconnu; la voyant ainsi, ils se sont mis par deux fois à crier « à la folle! » Alors, toute honteuse, elle s'est rhabillée à la hâte, oubliant dans sa précipitation un de ses jupons, qui effectivement a été retrouvé là depuis. Elle a repris sa marche en pleurant et en demandant sa fille à tous les passants. Sur le pont de Castillon, elle a été interrogée par la femme du pontonnier, à qui elle a répondu qu'elle allait chercher sa fille. Arrivée à Libourne, elle a parcouru la ville et est entrée dans plusieurs maisons demandant qu'on la menât au chemin de fer pour qu'elle pût aller vers sa fille, à Bordeaux. Une dame, jeune et bien charmante, prenant pitié d'elle, l'a conduite à la gare, a pris un billet de troisième classe qu'elle a donné à l'employé et l'a fait monter dans le wagon, en lui mettant deux sous dans la main. Il y avait du monde dans le compartiment, des hommes et des femmes, mais elle n'a pas du tout parlé durant le trajet. Arrivée à Bordeaux, elle demanda sa fille à un monsieur, aux abords de la gare. Ce monsieur, la voyant mal habillée et peut-être aussi un peu étrange, l'interroge. Elle dit qu'elle va chercher sa fille, qui est très malade, au Château des folles. L'inconnu la fait entrer dans le tramway et lui paie sa place. Elle parvient ainsi jusqu'au boulevard du Tondu, aux environs de l'Asile. Mais, comme elle ne connaissait que très vaguement les lieux, elle se

perd et continue de marcher longtemps au hasard. Une femme montée sur une carriole, qu'elle rencontre, lui indique sa route. Mais elle s'égare encore. Des individus, la trouvant là pleurant, la prennent par la main et la guident jusqu'à la porte de l'établissement, où elle entre avec le facteur, après avoir dit au concierge qu'elle venait chercher sa fille. Une religieuse, âgée comme elle, survient, lui dit qu'il est trop tard et qu'elle est plus malade que sa fille. Alors, elle fait une scène et deux hommes en costume (deux agents) l'emmènent dans une petite maison de bois (poste de police), où on lui offre du bouillon, qu'elle n'accepte pas. De là, on la conduit à la Permanence, où des messieurs, très polis, l'interrogent et lui demandent, entre autres renseignements, si elle n'a pas de parents à Bordeaux. Elle donne l'adresse de sa sœur au Bouscat et les agents l'y accompagnent en voiture. Il était à ce moment huit heures du soir environ. On la fait coucher, mais elle ne peut se reposer, pensant toujours à sa fille. Le lendemain matin, elle est visitée par un médecin qu'elle dit être celui de son pays, M. D... (la malade m'a effectivement pris pour M. D..., dans son délire, jusqu'au lundi). Elle sentait à ce moment des « barbots » dans sa tête qui ont disparu avec des purgations. Elle a eu ensuite des attaques de nerfs qui l'ont beaucoup fatiguée. Maintenant, elle se sent bien et voudrait aller voir sa fille.

M. Pitres prie M. Régis de constater si la malade endormie a également recouvré le souvenir des attaques d'hystérie qui ont suivi son accès d'automatisme ambulatoire.

La malade, interrogée, fournit des indications précises jusqu'à la période d'aura, mais elle n'a pas la moindre notion de la phase convulsive de l'attaque.

Plusieurs membres de la Société demandent à M. Régis

de suggérer à la malade de conserver au réveil le souvenir de sa fugue.

M. Régis procède à cette suggestion, mais la malade, une fois réveillée, revient à son état d'amnésie antécédente.

M. Pitres. Le fait que vient de nous montrer *M. Régis* est un cas très intéressant d'automatisme ambulateur hystérique, avec rappel dans l'état hypnotique du souvenir de l'accès, perdu à l'état normal.

Les cas de ce genre, bien qu'encore relativement peu nombreux, sont aujourd'hui assez connus et les travaux récents ont montré qu'ils se séparent nettement, par leurs caractères, des cas plus ou moins analogues que l'on observe dans l'épilepsie ou la neurasthénie.

Les fugues liées à l'épilepsie sont assez bien connues. Comme le disait tout à l'heure *M. Régis*, c'est à cette névrose qu'étaient rapportés indistinctement, il y a quelques années, la plupart des cas d'automatisme ambulateur. Dans l'épilepsie, l'automatisme ambulateur est une sorte d'exagération de ces mouvements de propulsion à la marche qui se rencontrent chez beaucoup d'épileptiques au sortir de leurs attaques. Mû par une force aveugle, irrésistible, qui le pousse en avant, l'épileptique part sans savoir pourquoi ni où il va. Il n'a pas conscience de ce qu'il fait et il n'en aura pas après le moindre souvenir. Tel, cet employé que j'ai observé et qui, chargé d'une commission à la poste, perd tout à coup la notion de son être, part et se retrouve deux jours après sur l'avenue Thiers, à La Bastide, en train de se disputer avec des passants.

Dans la neurasthénie, ce n'est pas ainsi que se passent les choses; c'est à la suite d'ennuis, de préoccupations, d'une sorte de malaise cérébral que le sujet est pris du besoin de partir pour un endroit déterminé. Là, une nouvelle sollicitation survient qui pousse l'individu, ordinairement un jeune homme ou une jeune fille, à diriger plus loin sa course vagabonde. Cela dure des semaines, des mois. Conscients d'eux-mêmes, sachant parfaitement ce qu'ils font et où ils vont, s'en souvenant

toujours, les malades ne peuvent résister à la force d'action qui les entraîne, en raison de leur aboulie. Un de mes malades, par exemple, appartenant à une famille fortunée, a un jour une discussion avec son père. Après cette discussion, il se dit : « Tiens, si j'allais prendre quelque chose à tel café du boulevard ! » Il s'y rend, et, une fois là, il se dit à nouveau : « Si j'allais à Langon ! » Il part pour Langon et de là se rend tour à tour à Narbonne, Grenoble et, de course en course, se retrouve, au bout de deux mois, à casser des cailloux sur la route de la Grande-Chartreuse, dans une sorte d'indifférence de tout et de tous.

De ces cas, qui présentent les caractères tant somatiques que psychiques de la neurasthénie, il faut rapprocher ceux en apparence plus complexes, mais surtout bien moins connus, où l'on voit des enfants partir de chez eux et obéissant à un besoin instinctif de vagabonder qui les sollicite à errer pendant des heures ou même pendant plusieurs jours.

Quant aux accès d'*automatisme ambulatoire hystérique*, ils présentent ceci de particulier, qu'ils sont accomplis dans un véritable état de somnambulisme durant lequel l'individu marche, parle, agit, comme s'il était pour ainsi dire dans son état ordinaire. Le souvenir, perdu à l'état de veille, reparaît intact dans le sommeil hypnotique.

Le premier fait de ce genre appartient à M. Proust. Il est relatif à un avocat de Paris qui, dans son accès, s'en va à Troyes et revient au bout de trois jours à Paris, ne sachant ce qui s'est passé et se demandant ce qu'il a bien pu faire pendant ce temps-là. Bientôt il reçoit notification d'une condamnation pour escroquerie prononcée contre lui par défaut. Quel délit de ce genre avait-il bien pu commettre ? Il n'y peut rien comprendre. M. Proust a alors l'idée de l'hypnotiser, le questionne et reçoit du sujet hypnotisé les renseignements suivants : Parti d'un café situé en face du Palais-de-Justice, il a pris le train pour Troyes, est descendu à tel hôtel où il a laissé son pardessus et n'a pas payé sa

noté. Il est allé jouer, a perdu, a joué sur parole, etc. Ces faits, vérifiés, furent reconnus exacts.

J'ai eu également dans mon service un malade de ce genre, fort intéressant. Il a fait non seulement le tour de France dans ces conditions, mais plusieurs fois le tour de l'Europe et se fit arrêter par la police à Saint-Petersbourg où on l'avait pris pour un espion. Une fois, au retour d'un de ses voyages, il constate qu'il n'a plus sa montre ni ses papiers et ne se rappelle pas ce qu'il en a fait. Nous l'endormons et il nous apprend qu'il a mis sa montre, dont il indique fort bien le numéro, à tel Mont-de-Piété, à Paris, et que ses papiers ont été laissés à tel endroit, dans une grange où il a couché toute une nuit. Nous écrivons à Paris et nous apprenons que tout ce qu'il nous a dit, pendant l'hypnose, sur sa montre est exact.

Les malades de ce genre peuvent ne pas avoir d'attaques d'hystérie, mais ils n'en sont pas moins hystériques et présentent pour la plupart des stigmates irrécusables de cette névrose. Chez ceux qui ont des attaques, les accès d'automatisme ambulateur surviennent fréquemment durant la phase passionnelle que j'ai montré être un véritable état d'hypnose post-convulsive. Il faut savoir, en effet, que toutes les parties de l'attaque ne correspondent pas au même état psychique. Le début, la période d'aura paraît se passer dans un état à peu près normal, dont les malades ont conscience et conservent le souvenir. La fin, la période passionnelle, a lieu dans un état d'hypnose dont le souvenir peut être réveillé dans les mêmes phases ultérieures ou dans le sommeil. La période convulsive, elle, disparaît de la mémoire aussi bien dans l'état hypnotique que dans l'état normal. Vous venez d'en avoir la confirmation tout à l'heure, chez la malade de M. Régis, et c'est pour cela que je l'avais prié d'en faire l'expérience.

En résumé, nous commençons à voir clair un peu dans ces faits d'automatisme ambulateur, naguère encore si mal connus. Il est facile sur certains cas très nets d'appliquer l'étiquette d'épilepsie, de neurasthénie

ou d'hystérie. Mais il faut bien dire que nos divisions et classifications actuelles ne répondent peut-être pas complètement à l'exacte vérité. Aussi, ne faut-il les accepter qu'à titre provisoire et comme jalons d'attente. Raison de plus pour rechercher les cas de ce genre et les étudier avec beaucoup de soin, comme l'a fait M. Régis, à propos de la malade qu'il vient de nous présenter.

M. Régis. Je tiens à remercier mon maître et ami, M. le professeur Pitres, de l'intérêt qu'il a bien voulu prendre à ma communication et des remarquables considérations personnelles qu'il vient de nous exposer à ce sujet. Je voudrais lui demander s'il croit que l'accès d'automatisme ambulateur chez ma malade fait partie intégrante de l'attaque hystérique ou s'il en est indépendant; en un mot, s'il s'agit là d'un accès de somnambulisme à forme ambulateur, suivi d'attaques d'hystérie, ou bien, au contraire, d'un accès d'automatisme ambulateur constituant une phase d'hypnose pré-convulsive de l'attaque, comme cela a lieu pour la phase d'hypnose post-convulsive.

M. Pitres. Je ne suis pas fixé sur ce point, mais je crois plutôt que les attaques d'hystérie ont simplement suivi l'accès d'automatisme ambulateur.

M. Régis. On peut donc tirer cette conclusion, qu'il s'est agi, chez cette femme, d'un accès de somnambulisme à forme ambulateur et que cet accès de somnambulisme s'est terminé par des attaques d'hystérie.

La séance est levée.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1893

PRÉSIDENTE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1^o Lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique relative à l'exposition de Chicago;

2^o Lettre de M. le Dr Ferron, demandant le titre de membre titulaire et envoyant à l'appui de sa candidature un mémoire manuscrit intitulé : *Tout abcès du foie ouvert dans la poitrine doit être traité par l'incision large des parois thoraciques.*

Le Conseil d'administration n'ayant aucune objection à faire à cette candidature, *M. le Président* nomme une Commission composée de MM. Demons, Moreau et Villar pour examiner le travail envoyé.

Prima mensis.

Les maladies le plus souvent observées dans le mois de janvier sont la grippe, la variole, le rhumatisme.

Hygiène publique.

M. Armaignac signale un fait digne d'être soumis à l'Administration. En entrant dans l'école primaire de la rue Paul-Bert, on est saisi par une odeur d'urine très pénétrante qui provient des cabinets d'aisance. Cette odeur se montrerait principalement lorsque l'air est humide.

M. Carles. L'odeur qui se dégage des fosses d'aisance est provoquée à la fois par les gaz de la fosse et par ceux qui proviennent de la fermentation ammoniacale des souillures extérieures. Les urines, dans ce dernier cas, sont surtout en cause. Pour éviter leur décomposition et l'imprégnation des diverses parties des cabinets,

j'ai lu quelque part qu'un hygiéniste avait proposé d'huiler quotidiennement toutes les parties susceptibles d'être souillées. De cette façon, ni le bois, ni la pierre, ni le plâtre ne peuvent rien absorber de putrescible et les décompositions ammoniacales sont impossibles. L'odeur extérieure disparaît. Le procédé, qui est en apparence coûteux, serait en réalité meilleur marché que les courants d'eau continus. Quant aux gaz de la fosse, on les arrête avec une soupape et on les attire au dehors à l'aide d'un tuyau d'appel.

Volumineux calcul de l'urètre.

M. Loumeau, au nom de MM. Loumeau et Darlan, lit le travail suivant :

Le fait dont je vais parler ne m'est pas personnel. Il a été observé par mon distingué confrère, le Dr Darlan (de Nérac), qui a eu l'amabilité de m'en transmettre la relation avec l'autorisation de la publier.

Il s'agit d'un énorme calcul de l'urètre. Sa rare et curieuse observation m'a semblé digne d'intéresser la Société de Médecine et j'ai cru devoir vous la présenter avec les quelques commentaires que son auteur m'a laissé la liberté d'y ajouter.

M..., cultivateur à Moncrabeau (Lot-et-Garonne), fit appeler M. Darlan, en 1889, pour une rétention d'urine.

Agé de soixante-sept ans, marié, sans enfants, il est fort, de bonne santé habituelle. Sa seule maladie a consisté à éprouver, depuis sa naissance, de grandes difficultés pour uriner. Jamais il n'a pissé à plein jet, à cause, dit-il, de l'étroitesse du méat. Quand arrivait le besoin d'uriner, il sentait que l'urine remplissait d'abord une poche au-dessous du gland. Cette poche une fois remplie, l'urine apparaissait au dehors, mais ne s'évacuait entièrement qu'aidée par la main du patient, qui exerçait d'arrière en avant une compression énergique de la verge. Ainsi s'achevait péniblement la miction.

L'éjaculation n'était pas moins laborieuse. Dans le

paroxysme du coït, le sperme ne sortait pas. C'est après, une fois la verge flasque et hors du vagin, que l'éjaculation se faisait, dans la chemise, de la piteuse manière précédemment indiquée pour l'évacuation de l'urine.

D'ailleurs, jamais de coliques néphrétiques, jamais non plus de sang ni de pus dans les urines.

Depuis quatre ans, la gêne de la miction est devenue beaucoup plus grande, en même temps que la verge augmentait de volume. Un corps dur s'est formé dans le canal, qui rend de plus en plus difficile l'arrivée de l'urine au méat. Bientôt, des fistules s'établissent au-dessous du pénis et c'est par là que va passer à peu près toute l'urine, dont quelques gouttes seulement arrivent jusqu'au bout du canal.

A ces troubles chaque jour plus douloureux de la miction est venu se joindre un changement considérable dans la forme et la consistance de la verge. Celle-ci est constamment dure, comme traversée par une tige rigide qui lui impose, au lieu de la direction pendante d'autrefois, une direction horizontale, à légère concavité supérieure. Ainsi, chez ce pauvre diable, se trouve réalisé bien prosaïquement un idéal rêvé par certains poètes : celui de l'érection perpétuelle.

Cette nouvelle attitude de l'organe est également pénible le jour et la nuit. Le jour, le malade est obligé de se munir d'un sac de cuir qui gante la verge et la protège contre le frottement douloureux de ses instruments de travail et même de son pantalon. La nuit, il matelasse la partie supérieure de ses cuisses rapprochées d'une épaisse couche de linge qui supporte le pénis, devenu sans cela trop lourd et rendant tout sommeil impossible.

Le corps rugueux que le malade sent dans son canal était d'abord mobile : on pouvait à volonté le faire avancer et reculer. Depuis un an, il est à peu près fixe et remplit entièrement le calibre de l'urètre. De là, les désordres croissants de l'excrétion urinaire.

Il y a deux mois surtout que la situation est intolérable. Tout travail est supprimé, les douleurs de la

verge sont atroces et continues; la miction, chaque jour plus gênée, en est arrivée au point que maintenant la rétention est complète. La vessie, distendue, remonte à l'ombilic.

Le méat est rétréci et admettrait difficilement une bougie n° 9. Quatre fissures s'en échappent et lui donnent la forme d'un H à branches latérales divergentes en haut et en bas.

En saisissant la verge à pleine main, on la sent alourdie et durcie par un corps résistant qui bourre le canal et dont l'extrémité antérieure apparaît au méat sous l'aspect caractéristique d'un calcul. C'est l'effort incessant du calcul en avant qui a fissuré l'orifice urétral en quatre points. Tel le col utérin se déchire au moment de l'accouchement pour livrer passage au fœtus.

A la partie inférieure du gland, l'urètre est plus proéminent que dans le reste de la verge. La fosse naviculaire paraît contenir la partie la plus volumineuse du calcul.

Une indication pressante s'impose : faire pisser le malade immédiatement. Tout accès étant fermé du côté de l'urètre, M. Darlan ponctionne la vessie au-dessus du pubis et arrête l'écoulement dès que le malade se sent soulagé. Se tournant alors du côté du calcul, le chirurgien s'apprête à l'extraire en complétant la dilatation du méat commencée spontanément. Il introduit pour cela une petite pince à forcipressure fermée dans l'urètre où elle repousse un peu le calcul. Puis les deux mors de l'instrument sont écartés de manière à élargir davantage la porte de sortie. La pince est alors retirée, le calcul la suit et se montre au dehors où M. Darlan le saisit avec les doigts et très habilement le retire tout entier. Un flot d'urine jaillit, inondant le lit et l'opérateur. Une petite hématurie l'accompagne qui, en quelques instants, s'arrête d'elle-même.

Le chirurgien se met en mesure de faire dans le canal et la vessie des lavages boriqués et de placer une sonde à demeure pour quelques jours. Mais le malade, dédai-

gneux de ces soins qu'il juge superflus, se refuse à tout et prie M. Darlan de ne plus repasser, *pour ne pas augmenter les frais*. Des bains de siège, des lotions à l'eau de mauve suffiront à le guérir.

Revu trois ans plus tard — il y a de cela quelques semaines — l'opéré, âgé de soixante-dix ans, est en excellent état. Il urine à merveille et ne souffre plus. La verge a la flaccidité qui convient à cet âge. Aucune trace de calcul. Le prépuce, complètement soudé au gland, le recouvre presque en totalité à l'exception d'une surface arrondie, large comme une pièce de cinquante centimes. Le limbe préputial est mince et présente l'aspect d'un tissu cicatriciel blanchâtre. Au centre de cette surface est le méat très dur. On y retrouve de chaque côté, en haut et en bas, quatre prolongements cicatriciels, consécutifs aux éraillures produites par l'extraction du calcul. Sous le gland existe une cicatrice transversale, longue d'un centimètre. Elle a remplacé le trajet fistuleux qui correspondait au point le plus déclive de la fosse naviculaire, habitée elle-même par la grosse saillie du calcul.

Celui-ci a mis plus de deux ans pour atteindre les dimensions surprenantes que nous lui constatons.

Examen du calcul. — Ce calcul a la forme d'un fuseau aplati. Sa couleur est blanc sale, son aspect celui des calculs phosphatiques. Finement granuleux à sa surface, il présente de petites aspérités, plus marquées dans la partie postérieure. Le segment antérieur est moins rugueux. Il existe une face concave, qui était tournée en haut et se moulait sur la paroi supérieure de l'urètre. Elle va s'effilant en arrière et s'élargit en avant, pour se retrécir ensuite au niveau même du bout antérieur. La face inférieure, convexe et plus régulière que la précédente, correspondait à la paroi inférieure du canal. Elle offre, à deux centimètres de l'extrémité antérieure, une saillie arrondie, que logeait la fosse naviculaire dilatée. Les bords sont mousses et servent d'intermédiaires entre les deux faces supérieure et inférieure avec lesquelles

ils se continuent insensiblement. L'extrémité postérieure est rugueuse et pointue. L'extrémité antérieure a la forme d'un mamelon, elle est beaucoup plus lisse.

Les *dimensions* du calcul sont les suivantes :

La longueur maxima, prise sur la convexité, mesure neuf centimètres; la longueur de la face concave est de huit centimètres. Le périmètre maximum, pris au niveau de la saillie naviculaire, donne sept centimètres.

Le *poids* est de 21 grammes.

La *coupe longitudinale* est blanchâtre. Elle est accidentée de strates concentriques ovalaires dont l'axe, d'abord rectiligne en avant, s'est incurvé de plus en plus par la suite, à mesure que le calcul se développait en arrière. Cette incurvation correspond à la concavité de la face supérieure. Le point autour duquel se sont déposées ces couches secondaires est excentrique. Il est situé près du pôle antérieur, à deux centimètres de l'extrémité, à peu près au niveau du mamelon naviculaire. Il est nettement indiqué sur la coupe par un grain d'un gris ardoisé, très dur.

L'*analyse chimique* a été faite par M. le professeur agrégé Carles, que je tiens à remercier ici de sa très gracieuse obligeance. Voici textuellement la note qu'il a bien voulu rédiger à mon intention :

« Le *noyau* de ce calcul pèse à peine 2 centigrammes. Il est constitué par de l'oxalate de chaux à peu près pur (insoluble dans l'acide acétique, soluble dans les acides minéraux, précipitable par les alcalins, neutre au tournesol; mais, après calcination, formé de carbonate de chaux et de chaux caustique).

» Le *corps* du calcul est formé en proportion décroissante par :

- » 1° Du phosphate de chaux tribasique;
- » 2° Du phosphate ammoniaco-magnésien;
- » 3° Une matière animale azotée, sans urates.

» Il nous paraît que l'on peut expliquer la formation de ce calcul comme suit :

» Dans une des cavités de l'urètre s'est arrêté d'abord le calcul d'oxalate de chaux provenant de la vessie. Là,

il a déterminé sur place un petit foyer d'irritation et rendu le terrain favorable à l'évolution des ferments de l'urine, de telle sorte que, dès qu'une des torulacées urinaires, communes sous le prépuce, est parvenue en cet endroit, elle a pu pulluler à l'aise et, comme conséquence première, décomposer l'urée de l'urine qui



FIG. I.

PROFIL DU CALCUL (GRANDEUR NATURELLE)

PA. Pôle antérieur. — PP. Pôle postérieur. — N. Mamelon occupant la fosse naviculaire.

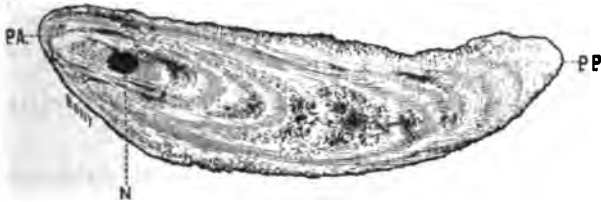


FIG. II.

COUPE LONGITUDINALE DU CALCUL

PA. Pôle antérieur. — PP. Pôle postérieur. — N. Noyau originel d'oxalate de chaux.

moillait le calcul en carbonate d'ammoniaque. Ce sel alcalin, à son tour, a saturé les acides de l'urine indispensables au maintien des phosphates en dissolution et finalement ceux-ci, devenus libres, ont cristallisé sur le noyau d'oxalate. A partir de ce moment, la fermentation alcaline de l'urine s'est établie localement en permanence et toutes les gouttes d'urine qui ont séjourné au contact du calcul ont éprouvé le même sort, apportant chacune son contingent de phosphates.

» Une pareille réaction chimique se produit souvent dans les vases de nuit, l'été surtout, avec la même conséquence fatale qui se traduit par une cristallisation du phosphate ammoniaco-magnésien et par un dépôt amorphe du phosphate de chaux. »

Aux renseignements précédents, qui m'ont été fournis tant sur l'évolution clinique de ce calcul que sur sa composition chimique, je tiens à joindre quelques mots pour faire ressortir les côtés les plus intéressants de cette très remarquable observation.

Quatre points me semblent devoir être surtout mis en relief : la pathogénie du calcul, son volume, son évolution clinique, son extraction.

Pathogénie. — Il s'agissait d'un *calcul de l'urètre pénien*, à la formation duquel trois facteurs principaux avaient concouru : l'atrésie congénitale du méat, la dilatation de la fosse naviculaire qui en fut la première conséquence, enfin l'apparition et l'arrêt dans cette fosse naviculaire dilatée d'un noyau d'oxalate de chaux. Ce noyau, qui n'a pu franchir le méat, a constitué, dès son arrivée dans le canal, un calcul d'origine extra-urétrale, ce qu'on appelle un *calcul migrateur*. Bientôt, et de la manière indiquée si clairement par le chimiste autorisé dont nous avons invoqué l'appui, le calcul initial a amorcé l'encroûtement calcaire. Il s'est entouré sur place de couches phosphatiques secondaires qui, par leur importance prépondérante, en ont fait un *calcul autochtone*, c'est à dire un calcul auquel on peut assigner en définitive une origine urétrale.

La malformation congénitale de son méat, cause de tout le mal, fut d'ailleurs pour ce malade la source de bien d'autres ennuis.

Avant l'apparition du calcul, c'était la gêne mictionnelle. L'excrétion urinaire se faisait en deux temps :

arrivée de l'urine vésicale dans la poche naviculaire; évacuation consécutive de cette poche ressemblant à une deuxième petite vessie, placée sur le trajet de l'urètre, en arrière du méat. Grande gêne encore du côté des fonctions génitales dont nous avons signalé les tristesses au double point de vue de l'acte lui-même et de la fécondation.

Après la formation du calcul, apparaissent les accidents qui lui sont propres et sur lesquels nous reviendrons dans un instant.

Ce calcul urétral s'est accru, suivant la règle, d'avant en arrière, par l'extrémité sans cesse en contact avec l'urine. De là, la situation classique du noyau au pôle antérieur et la disposition des strates phosphatiques se superposant plus épaisses et plus allongées vers l'extrémité postérieure.

Le *volume* de ce calcul n'est pas le côté le moins intéressant de son histoire. Il est bien rare, en effet, d'en observer de plus gros et même de pareils. Ce sont alors de véritables exceptions que les auteurs se plaisent à reproduire à titre de curiosités.

Tel le cas de ce sous-officier, âgé de vingt-un ans, à qui le professeur Lanzert (de Saint-Pétersbourg) enleva un calcul urétral très volumineux, composé de six pièces articulées les unes avec les autres. (Rapporté et figuré par Voillemier.)

Le professeur Folet (de Lille) enleva par la taille urétrale, à un garçon de quinze ans, un calcul ovoïde, allongé, mesurant quatre centimètres et demi dans son grand axe, deux centimètres et demi dans son petit axe et pesant 30 grammes. Il était situé en arrière du bulbe, dans la portion membraneuse du canal ⁽¹⁾.

Bouilly, dans son *Manuel de Pathologie*, cite l'observation d'un malade auquel Fleury retira, par la

(1) *Ann. génit.-urin.*, 1884.

boutonnière urétrale, un calcul piriforme mesurant cinq centimètres de longueur.

Mathis raconte, dans le *Recueil de Médecine militaire* pour l'année 1875, avoir enlevé par le périnée un calcul urétral pesant 75 grammes.

Zeissl, dans son mémoire sur les *calculs urétraux*, dit que ces calculs atteignent quelquefois des dimensions considérables, jusqu'à 780 grammes ⁽¹⁾.

En moyenne, les calculs de l'urètre ont un poids inférieur à 2 ou 3 grammes et un volume qui ne dépasse pas un centimètre.

En revanche, leur nombre peut compenser la modicité de leur volume. Sous le rapport numérique, l'on pourrait rappeler plusieurs exemples qui tiennent du prodige.

Tesjakow a observé un jeune homme de dix-huit ans, dont le canal renfermait vingt pierres phosphatiques dans la portion allant de la région membraneuse à deux centimètres du méat. Leur poids total était de 120 grammes ⁽²⁾.

Sentex (de Saint-Sever) sortit d'un urètre 32 calculs ⁽³⁾. Il en existait 83 chez un indien qu'opéra Sibthorpe (de Madras) ⁽⁴⁾, 220 chez le malade souvent cité de Civiale ⁽⁵⁾.

Dans ces diverses circonstances, les concrétions calcaires étaient réparties soit dans tout le canal, soit dans les régions profondes (bulbaire, membraneuse, prostatique), de toutes les plus dociles à la distension.

Dans le cas actuel, le calcul était *exclusivement pénien*, localisé par conséquent dans une partie du

⁽¹⁾ M. Zeissl. *Ueber die Steine in der Harnröhre des Mannes*. Stuttgart, Ferd. Enke, 1873, p. 64, in *Ann. génit.-urin.*, 1884.

⁽²⁾ M. R.-S. Tesjakow. *Médec. obosrenje*, 1889, nos 2, 3; d'après *Centr. f. Chir.*, 1889, p. 389, in *Ann. génit.-urin.*, 1889.

⁽³⁾ Soc. Chir., 1885.

⁽⁴⁾ *Ann. génit.-urin.*, 1888.

⁽⁵⁾ Civiale. *Maladies des organes génito-urinaires*, t. I., p. 666.

canal où l'on voit très exceptionnellement une pierre acquérir de semblables proportions.

C'est à cette portion pénienne de l'urètre qu'appartenait, chez un homme de trente-six ans, opéré par Brown, un calcul ovale mesurant cinquante-sept millimètres de longueur, soixante-quatre millimètres de circonférence à sa partie la plus grosse et pesant 15^{gr}90. Le malade avait eu de la douleur et de la difficulté pour uriner pendant dix ans et, pendant plusieurs années, il avait remarqué un gonflement s'étendant en arrière, à partir de la base du gland. Contrairement à toutes les prévisions, les rapports sexuels n'avaient jamais été gênés et jusqu'à ce jour n'avaient pas fait assez souffrir le malade pour l'engager à se faire soigner⁽¹⁾.

Le Dr Harvey Mudd (de Saint-Louis) rapporte l'histoire d'un nègre, âgé de quarante-huit ans, dont la vessie et l'urètre profond contenaient plusieurs pierres. En avant du bulbe, il existait, en outre, un calcul pesant 16^{gr}86 et mesurant sept centimètres et demi de circonférence, que le chirurgien dut extraire par l'urétrotomie externe⁽²⁾.

Notre calcul, plus volumineux que les deux précédents, tire également un de ses principaux attraits de la portion si peu extensible où il a pris naissance et s'est développé, l'urètre pénien.

Les *symptômes cliniques* auxquels a donné lieu le calcul de ce malade, ont été : la dysurie, la douleur, les fistules, puis la rétention complète. Rarement assez gros pour obstruer la lumière urétrale, les calculs de l'urètre se révèlent, dit Guyon, « plutôt par des phénomènes douloureux que par des signes de rétention ». Cette complication n'a éclaté ici qu'en tout

(1) M. H. Brown. *Lancet*, 24 sept. 1887. *N.-Y. med. Journ.*, 31 déc. 1887, in *Ann. génit.-urin.*, 1888.

(2) *Ann. génit.-urin.*, 1889.

dernier lieu, lorsque le canal devint absolument bouché. Alors seulement et se voyant acculé dans une étroite impasse, où le choix s'imposait entre la chirurgie ou la mort, le malade se tourna vers la chirurgie qui le guérit. Sans la rétention d'urine, il eût sans doute longtemps encore nourri et laissé prospérer son calcul jusqu'à complète pétrification du canal. Déjà réduite aux dimensions que nous avons signalées, la verge avait un aspect suffisamment imposant, grâce au calcul qui rappelait par sa longueur et sa rigidité l'os pénien des canidés.

Quant au *mode d'extraction* mis en œuvre, il était le plus simple de tous. C'est celui qui consiste à retirer le corps du délit par les voies naturelles. Le débridement du méat, déjà commencé par le calcul, fut aisément complété par le chirurgien qui, rapidement, avec les doigts, put enlever la pierre en entier.

Les choses ont ensuite marché pour le mieux. Le malade est aujourd'hui bien portant, gardant, pour tout souvenir de ses infortunes passées, la cicatrice étiolée qui agrémente son méat.

M. Pousson tient à rapprocher du cas de *M. Loumeau* un exemple observé, en 1883, dans le service du professeur Guyon. Il s'agissait d'un malade, âgé de trente-sept ans, atteint de rétrécissement urétral et d'infiltration d'urine, qui succomba aussitôt son entrée à l'hôpital. Il existait dans les régions membraneuse et prostatique du canal un calcul mesurant quatre centimètres de longueur et composé de trois pièces distinctes. Bien qu'occupant la portion périnéale de l'urètre où les calculs, ainsi que le faisait observer *M. Loumeau* tout à l'heure, trouvent d'ordinaire un facile développement, la concrétion de ce malade n'en était pas moins remarquable par les dimensions peu communes qu'elle présentait.

Astigmatisme dans l'épilepsie.

M. G. Martin lit le travail suivant :

Je compte examiner dans ce travail plusieurs questions; mais je rechercherai tout particulièrement les rapports qui peuvent exister entre l'astigmatisme et l'épilepsie.

Les matériaux qui me serviront pour élucider ce point étiologique ont été recueillis de 1883 à 1887. Depuis lors, ils ont paisiblement reposé dans mes cartons d'où je viens de les extraire pour les analyser et montrer les enseignements qu'ils contiennent. Les conclusions auxquelles je suis arrivé sont loin d'être celles que j'avais prévues. C'est souvent le sort des travaux scientifiques.

Diverses considérations m'avaient conduit à me livrer à ces recherches.

Je venais d'établir que l'astigmatisme est une cause localisatrice et préparante de la migraine chez les sujets prédisposés par une diathèse et qu'il est possible, chez quelques-uns d'entre eux, de mettre les accès complètement à la porte ou d'en atténuer la fréquence ou l'intensité par le port des verres exactement correcteurs de l'anomalie visuelle. Or, entre la véritable hémicrânie et l'épilepsie, il y a des points de contact mis en lumière depuis longtemps par tous les cliniciens. Ces deux affections dérivent de la même souche morbide. De plus, l'une et l'autre procèdent par accès; lorsque la décharge nerveuse a eu lieu, le calme réapparaît pour un temps plus ou moins long. C'était là, à mon sens, une double raison d'étudier si le facteur qui joue un rôle causal manifeste dans la première de ces maladies n'intervenait pas dans la production de la seconde.

Ce qui donnait du poids à cette idée, c'est que les

auteurs ont signalé, chez les astigmatiques comme chez les épileptiques, une déformation du crâne et une asymétrie des deux côtés de la face. Il était, dès lors, logique de penser que les épileptiques présentant les déformations osseuses en question devaient également offrir des déformations cornéennes, lesquelles pouvaient être le motif des crises, étant donnée une prédisposition du tempérament.

D'autres raisons nous portaient à supposer réelle la pathogénie astigmatique de l'épilepsie. Souvent, en effet, dans la période de l'aura, les sujets accusent des sensations diverses ayant pour siège les organes visuels. Les yeux deviennent douloureux, se voilent, se gonflent, sont éblouis par des étincelles ou tourmentés par des images lumineuses telles, par exemple, que la vue d'une roue dentelée; il existe parfois des clignotements de paupières ou du larmoiement.

J'invoquais également à l'appui de cette idée les heureux effets obtenus chez quelques sujets, à l'aide de la belladone ou de son principe actif, l'atropine. Ce qui frappait surtout mon attention, c'est que tous les auteurs qui avaient utilisé ces préparations insistent, pour obtenir le résultat désiré, sur la nécessité de recourir à des doses assez fortes, de manière à provoquer la sécheresse de la gorge et une parésie de l'accommodation. Il était rationnel de se demander si la médication en question n'agissait pas en faisant cesser l'irritation ayant son point de départ dans une contraction astigmatique du muscle ciliaire.

Enfin, quelques énucléations pratiquées sur des yeux blessés et suivies de la guérison d'attaques épileptiques militent en faveur de la pathogénie supposée. L'un de ces faits, communiqué à l'Académie de Médecine, en 1885, par Galezowski, est relatif à un homme de quarante ans qui, à la suite d'un accident de chasse, subit l'amputation du segment antérieur de l'œil.

Six ans après, des crises d'épilepsie survinrent, en même temps que l'autre œil devint le siège d'une neuro-rétinite hémorragique. C'est là une double complication qui doit donner à réfléchir aux oculistes conservateurs, à ceux qui, sous prétexte de faire plaisir aux malades, font des demi-opérations. L'énucléation fut pratiquée sans retard; les crises, qui étaient quotidiennes, cessèrent; la vue s'améliora.

Le fait de Pechdo ⁽¹⁾ est non moins intéressant. Il s'agit d'un cultivateur qui, dix-sept ans après avoir subi un traumatisme d'un des yeux, devint épileptique. Au bout de quatre ans, à l'occasion d'une vive inflammation (iritis) de l'œil blessé, le patient consentit à se faire enlever l'œil. A partir de ce moment, les crises d'épilepsie ne reparurent plus.

Dans le courant de ce travail, il sera parlé de deux malades opérés par Stevens. L'un, âgé de cinq ans, épileptique depuis l'âge de quatre ans, avait deux ou trois crises par semaine et un staphylôme de la cornée, consécutif à une ophtalmie des nouveau-nés. L'énucléation amena la guérison immédiate de l'épilepsie. L'autre malade, âgé de quinze ans, eut à dix ans un érysipèle de la face qui causa l'atrophie d'un œil; à onze ans, des crises d'épilepsie survinrent deux ou trois fois par jour. Énucléation, guérison.

Si nous nous étions livré à des recherches, nous aurions pu très probablement citer un plus grand nombre de cas d'épilepsie dus à une irritation ciliaire et guéris par l'ablation de l'organe malade.

Je pensais que, dans les cas d'astigmatisme, l'irritation fonctionnelle des nerfs ciliaires remplacerait l'irritation mécanique, inflammatoire survenue dans les cas dont il vient d'être question.

L'idée théorique qu'il s'agissait de vérifier ne m'était

(1) *Rec. d'Ophthalmologie*, 1887, p. 346.

pas personnelle. J'avais lu quelque part que Stevens (de New-York) soutenait que la plupart des névroses ont une relation avec les troubles de la réfraction. Depuis, cet auteur a développé sa manière de voir dans un travail récompensé par l'Académie royale de Médecine de Belgique (1).

Qu'il me soit permis de citer ici plusieurs passages de ce travail et d'en résumer les points principaux.

Stevens, après avoir rappelé la prédisposition héréditaire si manifeste dans l'épilepsie, ajoute qu'« on doit trouver un élément important d'hérédité dans la structure des yeux et de leurs dépendances ».

« Quelque extravagante, dit-il, que cette hypothèse paraisse à celui qui ne l'a point envisagée attentivement, on ne peut cependant pas l'écarter, en présence de l'évidence des faits; il peut y avoir des divergences d'opinion quant à la fréquence et à l'importance de ce facteur, mais son existence même doit être admise. »

Stevens, à propos des 140 épileptiques dont il a examiné les yeux, tient le langage suivant : « Le résultat général des examens a été de révéler l'existence d'anomalies réfractives dans une proportion considérablement plus grande qu'elle n'a été trouvée par Cohn dans ses examens des yeux des écoliers, ou bien par d'autres observateurs, lors d'investigations analogues faites en Allemagne, en Russie et en Amérique.

» Dans 100 cas consécutifs, nous avons noté :

L'hypermétropie (y compris l'astigmatisme hypermétropique) dans.....	59 cas
La myopie (y compris l'astigmatisme myopique) dans.....	23 cas
L'emmétropie ou erreurs réfractives de moins 1 D.....	18 cas
	100 cas

(1) Bruxelles, chez Hayez, imprimeur, 1888.

» Dans 4 cas, où des erreurs notables n'ont pas été observées dans la réfraction, il y avait atrophie de l'un des yeux.

» Dans le plus grand nombre de cas examinés dans la pratique privée, nous avons découvert une insuffisance très marquée des muscles droits internes ou externes, et nous pouvons faire remarquer ici qu'en ce qui concerne l'influence des irritations oculaires dans la production d'une tendance à l'épilepsie, les irrégularités musculaires sont bien plus efficaces que les anomalies réfractives. » (P. 89).

Ce qui montre à Stevens, bien mieux que les chiffres, l'influence des états oculaires sur les manifestations épileptiques, c'est le résultat du traitement basé sur l'hypothèse invoquée. Sur 34 malades seulement traités, dit Stevens, 5 ont abandonné la cure avant d'obtenir une amélioration de défauts oculaires importants et ne doivent pas être compris dans le calcul des résultats du traitement. Les 29 autres ont été soumis uniquement à un traitement destiné à corriger les anomalies oculaires. De ces 29 cas, 14 peuvent être considérés comme guéris; 5 autres, encore en traitement, ont éprouvé un soulagement si marqué qu'on peut s'attendre à une guérison parfaite. Enfin, 1 malade, qui allait déjà mieux, est mort quatre mois après sa première visite, et 7 ont obtenu une amélioration temporaire, tandis que 2 n'ont éprouvé aucun soulagement.

A la suite de ces lignes, Stevens publie la relation de 7 faits pour mettre le lecteur à même de juger si les résultats ont été accidentels et factices ou s'ils ont été la conséquence légitime du traitement.

J'ai lu ces observations avec soin. Ce sont vraisemblablement les plus concluantes que l'auteur a produites. Or, une de ces observations est relative à un hystéro-épileptique; pour ce motif, elle n'a aucun droit à

figurer parmi les autres. Il en est de même de 2 faits traités par l'énucléation et dont il a été question plus haut. Ces 2 faits sont très intéressants, mais ils ne prouvent rien en faveur de la thèse soutenue, qui est celle-ci : influence des erreurs de réfractions et des insuffisances musculaires sur la production de l'épilepsie. A l'appui de cette pathogénie, l'auteur ne cite donc que 4 faits, dont voici le résumé :

Premier cas. — Attaques d'épilepsie datant de quatre ans et survenant environ une fois tous les deux mois, quelquefois plus fréquemment. Pendant quelques mois, emploi d'atropine à dose considérable, ce qui prolongeait légèrement les intervalles des crises qui sont revenues avec une fréquence plus qu'ordinaire à la cessation du médicament. L'examen de ces yeux, fait en 1876, démontre de l'hypermétropie (2 D.), qui fut corrigée par des verres. Les attaques cessèrent alors jusqu'à l'année suivante. Les verres ayant été abandonnés pendant un mois, les attaques reparurent. Les verres furent repris et le malade a continué d'être exempt de son mal jusqu'à ce jour (1885).

Deuxième cas. — Jeune homme qui, pendant son enfance et son adolescence, a eu à souffrir de maux de tête intolérables ordinairement accompagnés de nausées et de vomissements. En 1872, après une grave maladie, il devint sujet à l'épilepsie, dont les attaques augmentèrent en fréquence et en intensité d'année en année. Elles devinrent en 1881, d'une grande violence et de longue durée, se produisant tous les mois, alors que des attaques moins sérieuses avaient lieu à des intervalles irréguliers de quelques jours.

Ayant constaté qu'il y avait une insuffisance des muscles droits externes, nous pratiquâmes, lors de sa première visite, une ténotomie partielle de l'un des muscles droits internes. Le soulagement fut si prononcé que ce malade, rendant visite à son médecin ce

jour-là pour lui témoigner sa satisfaction, déclara qu'on lui avait enlevé un grand poids.

Il eut trois petites attaques dans les trois mois qui suivirent, malgré une grande amélioration dans sa santé. Enfin, aucune attaque ne survint durant les quatre ans et trois mois qui se sont écoulés depuis.

Troisième cas. — Homme de trente-sept ans, épileptique depuis cinq ans, a des accès quatre ou cinq fois par jour. L'hypermétropie est d'environ 1,50 D. sur chaque œil. Elle est accompagnée d'une insuffisance des droits internes. En 1880, il fut procédé à la ténotomie du muscle droit interne de l'un des yeux et, quelques semaines plus tard, on fit la même opération sur l'autre œil. Aucun médicament ne fut administré. Depuis la première opération, les accès épileptiques ont complètement cessé. Cinq ans après, ils n'étaient pas revenus.

Quatrième cas. — Demoiselle ayant des attaques d'épilepsie depuis deux ans. Pendant la première année, les attaques revenaient tous les mois en connexion avec les périodes menstruelles; mais, la seconde année, les attaques survinrent tous les deux ou trois jours avec convulsions caractéristiques de la forme la plus grave de l'épilepsie.

L'examen des yeux révéla une dioptrie d'astigmatisme qui fut corrigé à l'aide des cylindres de ce chiffre. Le port de ces verres correcteurs empêcha le retour des crises. Pendant un an et demi que cette malade fut suivie, il ne survint aucune attaque.

Seule, cette dernière observation entre dans la catégorie des cas sur lesquels nous voulons tout spécialement appeler l'attention dans ce travail; seule, elle est relative à un cas d'astigmatisme. Nous avons cité les autres faits parce qu'ils démontrent bien que parfois un état fonctionnel de l'œil peut conduire à l'épilepsie et qu'en traitant cet organe on peut amener une détente complète dans le système nerveux.

Stevens accorde une grande influence curative aux opérations de sections tendineuses qu'il pratique sur les muscles de l'œil. Je dois avouer que je ne partage pas son avis à ce sujet; je donne à ces faits une tout autre interprétation.

Je ferai d'abord remarquer qu'après avoir coupé les tendons, notre confrère américain ordonne les verres correcteurs de l'hypermétropie. Dès lors, il est aussi logique de mettre la guérison de l'épilepsie sur le compte du repos apporté à l'accommodation par les verres correcteurs que de l'attribuer à l'opération. Je dirai même qu'il est plus clinique d'envisager ainsi les choses, car chaque pas que l'on fait dans l'étude de l'asthénopie, nous montre le rôle de plus en plus majeur de l'accommodation au détriment de celui des muscles externes auxquels certains refusent même toute influence. Je dois avouer que je suis peu éloigné d'être de ces derniers.

Refusant d'admettre — à part des cas très rares — que l'insuffisance musculaire conduit à l'asthénopie, je ne saurais penser que cet état puisse être le phénomène initial d'un acte réflexe qui aboutirait aux crises épileptiques. Je ne puis, par conséquent, voir dans la cessation de l'insuffisance le motif de la guérison de l'épilepsie dans les cas cités plus haut. Je ne nie pas pour cela toute action curative de la part de l'acte opératoire. Il a pu agir diversement, soit à la manière d'une révulsion, soit par suggestion.

Je passe maintenant à l'exposition des faits que j'ai recueillis.

Les malades que j'ai examinés étaient pensionnaires, soit à la Maison d'Arlac dirigée par les Sœurs du Tondu, soit à l'Asile des Aliénées femmes de Bordeaux ou à l'Asile de Cadillac.

Qu'il me soit permis de remercier en passant les Drs Donnet et Camuset, alors médecins de ces deux établissements, du concours bienveillant qu'ils m'ont

prêté dans la circonstance. D'autres malades m'ont été envoyés par plusieurs confrères de la ville. Je m'étais adressé à eux parce que les épileptiques de maisons d'aliénés ont d'ordinaire une débilité mentale trop prononcée qui ne permet pas d'obtenir d'eux l'immobilité ou les renseignements indispensables à l'examen. Je prie les confrères qui m'ont facilité dans ces recherches de trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

J'ai examiné 67 épileptiques, dont 31 hommes et 36 femmes, en tout 127 yeux (7 sujets présentant diverses lésions cornéennes sur un de leurs yeux).

Voici l'âge de ces épileptiques classés par période quinquennale :

	Hommes.	Femmes.	Totaux.
De 5 à 10 ans.....	2	»	2
De 10 à 15 ans.....	»	2	»
De 15 à 20 ans.....	5	6	11
De 20 à 25 ans.....	5	4	9
De 25 à 30 ans.....	5	1	6
De 30 à 35 ans.....	2	4	6
De 35 à 40 ans.....	3	4	7
De 40 à 45 ans.....	4	1	5
De 45 à 50 ans.....	2	5	7
De 50 à 55 ans.....	2	4	6
De 55 à 60 ans.....	»	4	4
De 60 à 65 ans.....	»	1	1
De 65 à 67 ans.....	1	»	1
	<u>31</u>	<u>36</u>	<u>67</u>

Comme on le voit, presque tous les âges sont représentés dans ma statistique. Certains malades avaient moins de quinze ans, d'autres plus de soixante. La majeure partie est comprise entre ces deux âges.

Les recherches subjectives sont parfois impossibles chez les épileptiques. C'est pour ce motif que nous n'avons pu examiner que chez 58 sujets l'état de la

réfraction, s'ils étaient hypermétropes, emmétropes ou myopes.

Voici les résultats auxquels je suis arrivé :

Hypermétropes....	58 yeux, soit 50 %.
Emmétropes	44 » » 38 »
Myopes.....	14 » » 12 »

Mes chiffres diffèrent un peu de ceux de Stevens. Je n'arrive à trouver, même en comptant les cas d'hypermétropie inférieure à 1 dioptrie que 50 % d'hypermétropie. Aurais-je trouvé la même proportion que cet auteur, c'est à dire environ 60 %, je ne voudrais pas dire avec lui que, chez nos épileptiques, l'hypermétropie s'est rencontrée avec une plus grande fréquence que chez des sujets pris au hasard. Comme élément de comparaison, il ne faut pas se servir des statistiques prélevées dans les écoles, surtout dans celles d'Allemagne où la forte proportion des myopes qu'on y rencontre s'effectue aux dépens de l'hypermétropie comme de l'emmétropie.

Si l'on veut établir une comparaison, il faut voir ce qui existe chez des adultes des deux sexes et de conditions sociales différentes. Or, peu de travaux ont été exécutés dans cette direction.

Nous savons sûrement que, pendant l'adolescence, l'hypermétropie est la condition réfractive la plus fréquente. Nous pensions que très vraisemblablement le même fait devait exister chez l'adulte, car tout portait à croire qu'à partir de vingt ans, le type de la réfraction ne varie que fort peu et qu'on reste dans la suite avec le genre de vue qu'on possède à cet âge. Ce n'est que tout dernièrement⁽¹⁾ que le Dr Herrenheiser (de Prague), par l'examen de 5,426 yeux, est venu confirmer cette supposition. Cet auteur a trouvé qu'au

(¹) *Centr. f. Aug.* de Hirschberg, septembre 1892.

delà de vingt ans jusqu'à la vieillesse, les divers types de réfraction se présentaient dans les proportions suivantes :

Hypermétropie.....	56 %.
Emmétropie.....	30 »
Myopie.....	13 »

On le constate, ces chiffres diffèrent fort peu de ceux que j'ai recueillis et le pourcentage de l'hypermétropie n'est inférieur à celui trouvé par Stevens chez les épileptiques que de 3 %. C'est là un écart bien minime et qui ne permet en aucune manière la conclusion formulée par le confrère américain que, chez les épileptiques, l'hypermétropie se rencontre plus fréquemment que chez les autres sujets.

Je n'ai pas voulu mettre mes chiffres en opposition avec ceux de Stevens par le motif que je me rappelle que, chez quelques sujets, il ne m'a pas été possible de faire suivre l'examen subjectif d'un examen à l'ophtalmoscope. Or, quand on ne prend pas cette précaution, certaines hypermétropies se présentent à vous sous les apparences de l'emmétropie. Une contraction générale du ciliaire corrige l'hypermétropie, et cette contraction se dissipe d'ordinaire dans la chambre noire; dès lors, l'œil se montre à l'ophtalmoscope sous sa véritable réfraction.

Dans mes recherches, je n'ai pas insisté sur cette partie de l'examen. Ainsi que je l'ai dit plus haut, je voulais étudier l'influence de l'astigmatisme sur la production de l'épilepsie et non celle de l'hypermétropie.

A priori, me fondant sur ce qui se passe dans la migraine, je pensais que, chez les épileptiques, les contractions partielles correctrices de l'astigmatisme devaient être plus fatigantes, plus énervantes que les contractions générales neutralisant l'hypermétropie. Si

l'on réfléchit, en effet, on voit que les contractions partielles, même lorsqu'elles jouent un rôle correcteur, sont un acte anormal. A plus forte raison, cet acte est-il anormal, lorsqu'il n'a d'autres raisons d'existence que le tempérament nerveux du sujet : sa physionomie revêt alors une allure morbide.

Si j'ai attendu jusqu'à ce jour pour faire paraître ma statistique de l'astigmatisme des épileptiques et en tirer les conséquences qu'elle comporte, c'est que tout élément sûr de comparaison me manquait.

Pour dire que, chez une catégorie de sujets, tel phénomène se présente avec une fréquence et une intensité exceptionnelle et lui reconnaître ou lui refuser dès lors un rôle causal, il convient de savoir comment ce même phénomène se comporte chez le commun des mortels.

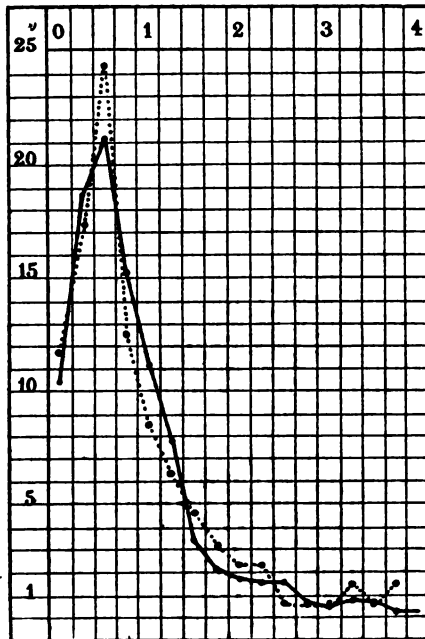
Si Stevens avait bien connu la proportion réelle de l'hypermétropie chez l'adulte, il n'aurait pas avancé qu'elle se rencontre plus fréquemment chez les épileptiques. Je ne voulais donc pas m'exposer à des affirmations hâtives. En ce qui concerne l'astigmatisme cornéen, nous possédions bien quelques travaux ; mais ils avaient été effectués dans des cliniques ou dans des écoles. Dès lors, ils pouvaient nous induire en erreur sur la véritable fréquence de l'astigmatisme.

Je viens de mettre la dernière main à une statistique dont les éléments ont été fournis par des sujets bien portants, d'âge et de sexe différents. Elle repose sur l'examen de 3,000 yeux.

Dans le tableau suivant, à côté du pourcentage relatif aux divers degrés de l'astigmatisme chez les bien portants, se trouve celui que j'ai noté chez les épileptiques.

Le graphique ci-contre a été tracé à l'aide des matériaux contenus dans le tableau. La courbe représente l'astigmatisme cornéen en dehors de toute maladie, le

Dioptries.	Normaux.	Epileptiques.
0 »	10,4 ‰	11,8 ‰
0,25	18,8 »	17,3 »
0,50	21,1 »	24,4 »
0,75	15,2 »	12,6 »
1 »	11,1 »	8,6 »
1,25	7,9 »	6,3 »
1,50	3,4 »	4,7 »
1,75	2,1 »	3,1 »
2 »	1,8 »	2,3 »
2,25	1,6 »	2,3 »
2,50	1,6 »	0,7 »
2,75	0,8 »	0,7 »
3 »	0,5 »	0,7 »
3,25	0,9 »	1,5 »
3,50	0,8 »	0,7 »
3,75	0,2 »	1,5 »



pointillé indique le pourcentage de l'astigmatisme chez les épileptiques.

Comme on le voit, l'astigmatisme cornéen des épileptiques n'est ni plus fréquent ni plus intense que celui des bien portants. Dès lors, la conclusion qui s'impose est celle-ci : l'astigmatisme cornéen ne saurait être considéré comme un facteur important capable de causer l'épilepsie chez les prédisposés.

Mais, autre question : ce que l'astigmatisme cornéen ne produit pas, peut-il être engendré par l'astigmatisme cristallinien ?

J'ai fait des recherches pour élucider ce nouveau point ; mais je dois avouer qu'elles ne présentent pas un degré de certitude absolue. L'astigmatisme cristallinien est surtout révélé par l'examen subjectif. Or, un examen aussi délicat chez des sujets qui mentent par tempérament est bien difficile à conduire. Malgré toutes les précautions prises, je dois donc produire mes chiffres sous certaines réserves.

J'ai trouvé, sur un total de 96 yeux examinés subjectivement, 17 astigmatismes cristalliniens, de degrés variables, mais tous peu intenses : 5 fois de 0,50 D., 6 fois de 0,75 D., 6 fois de 1 D.

Chez mes épileptiques, l'astigmatisme cristallinien se serait donc présenté dans la proportion d'environ 17 % ; chez les bien portants, je ne suis arrivé qu'à la proportion de 14 %. C'est là une différence minime, à laquelle il convient d'attacher peu d'importance, surtout sachant les difficultés de l'examen subjectif.

Il résulte des faits que je viens d'exposer que l'astigmatisme ne saurait être considéré comme un facteur important de l'épilepsie. Mais, cela établi, une nouvelle question se présente : est-ce que, dans certains cas exceptionnels, l'astigmatisme peut être une cause réelle d'épilepsie ?

Pour juger cette question, j'avais à ma disposition

deux moyens : 1° soumettre les sujets à un traitement d'atropine ayant pour but de faire cesser les contractions partielles ciliaires, motif supposé d'irritation périphérique; 2° faire porter aux sujets des cylindres correcteurs qui les dispensent de recourir, pour bien voir, à ces contractions.

Le premier malade chez lequel j'ai prescrit, après autorisation préalable de la directrice, des instillations d'atropine, était une jeune femme de la maison d'Arlac. L'effet des premières gouttes fut tel qu'il me fut impossible de continuer le traitement projeté. Quinze minutes après l'instillation de trois gouttes dans chaque œil d'une solution au $\frac{1}{100}$, une crise d'épilepsie très forte et non attendue se déclara. Faut-il voir dans ce fait une simple coïncidence ou faut-il penser, avec la directrice, que le médicament a provoqué la crise?

Je me contente de poser la question sans essayer de la résoudre. J'ai été, à l'époque, fort contrarié de ne pouvoir continuer les instillations; car n'est-il pas permis de penser que si réellement mon intervention a été cause de la crise, c'est que l'épine morbide résidait dans l'œil et que le meilleur moyen de s'en rendre compte était de continuer les instillations? Je rapprocherai de ce fait ceux dont j'ai déjà fait mention dans un autre travail, de crises de migraine provoquées par des instillations d'atropine. Le professeur Bouchard (de Paris), que j'entretenais un jour de ce fait, me dit avoir observé une fois une crise terrible d'hémicrânie provoquée par quelques gouttes de ce collyre. Il n'en est pas moins vrai que, parfois, les instillations d'atropine constituent un excellent moyen pour traiter certaines migraines qui, par leur fréquence, deviennent un véritable tourment pour les patients. Connaissant ces particularités lors du fait d'Arlac, on comprend combien je devais désirer pouvoir continuer la médication atropinique.

Le Dr Camuset voulut bien essayer ces instillations chez quatre épileptiques de son service de Cadillac, que je lui désignais comme pouvant recéler dans leurs yeux l'épine irritative.

Notre confrère commença le traitement le 4 septembre 1886 et le continua pendant un mois. C'était lui qui, le matin, instillait trois gouttes dans chaque œil d'une solution d'atropine à 1 %; le soir, c'était son interne.

Préalablement on avait observé les quatre malades attentivement pendant un mois et l'on avait noté le nombre des attaques et les mouvements convulsifs prédominants.

Premier cas. — Homme de trente-six ans, épileptique depuis l'âge de dix-neuf ans; astigmatisme cornéen de 2 D. sur chaque œil, accompagné d'un léger degré de myopie.

Les mouvements convulsifs prédominent à droite, après comme avant le traitement.

Avant le traitement.

23 août : vertige sans convulsion ; durée, une minute.

27 août : attaque convulsive ; durée, trois minutes.

12 septembre : attaque convulsive ; durée, trois minutes.

Pendant le traitement.

19 septembre : une attaque très forte.

24 septembre : une attaque très forte.

29 septembre : une attaque très forte.

(?) octobre : une attaque très forte.

(?) octobre : une attaque très forte.

Pour les deux dernières attaques, la date exacte de leur manifestation a été égarée. Mais, à partir du 29 septembre, le malade est devenu très agressif; il a dû être placé au quartier des agités.

Deuxième cas. — Homme de trente-neuf ans, épileptique depuis cinq ou six ans; présente sur chaque œil un astigmatisme cornéen de 1 D. et quart, entièrement corrigé par les contractions partielles; emmétropie.

Avant le traitement.

25 août : vertige; une forte attaque convulsive, plus marquée à droite; durée, trois minutes.

28 août : une forte attaque.

Après le traitement.

2 octobre : attaque nocturne.

3 octobre : attaque complète.

4 octobre : attaque complète.

10 octobre : nombreux vertiges.

Troisième cas. — Homme de vingt-sept ans; épileptique depuis l'enfance; astigmatisme cristallinien de 1 D. sur chaque œil; œil droit emmétrope; œil gauche légèrement myope.

Avant le traitement.

19 août : vertige avec grimaces à droite.

21 août : grande attaque, quatre minutes; prédominance des convulsions à droite.

Même jour : deux attaques semblables.

8 septembre : trois attaques dans la journée.

Après le traitement.

26 septembre : une attaque très forte.

28 septembre : une attaque.

1^{er} octobre : une attaque.

2 octobre : vertiges.

3 octobre : une attaque.

10 octobre : vertiges fréquents.

Quatrième cas. — Homme de trente-quatre ans,

épileptique; emmétrope; acuité excellente; astigmatisme cornéen des deux yeux d'une demi-dioptrie, entièrement corrigée par des contractions partielles. Ancien soldat d'Afrique, alcoolique. Ses attaques durent de cinq ans.

Avant le traitement.

23 août : trois attaques très fortes; prédominance des convulsions à gauche; accès maniaques violents, consécutifs.

Après le traitement.

23 septembre : une attaque nocturne.

Même jour : une attaque diurne.

26 septembre : une attaque nocturne.

Même jour : une attaque diurne.

Ce malade dangereux (manies avec impulsion) a dû être isolé en cellule.

Le Dr Camuset fait suivre l'envoi de ces renseignements des quelques réflexions suivantes :

« Les conclusions à tirer de ces faits ne répondent malheureusement pas à votre attente; mais je vous assure que les conditions de l'expérimentation étaient absolument mauvaises. Les sujets étaient tous des chroniques et de vieux chroniques même, permettez-moi l'expression. Je veux dire que leur système nerveux était tellement accoutumé à des décharges épileptiques que les décharges s'effectuaient pour ainsi dire spontanément, sans cause déterminante. »

Bien que la supposition de notre confrère paraisse être très fondée, je dois avouer que je n'ai pas été plus heureux dans une tentative effectuée dans de meilleures conditions apparentes, chez un jeune épileptique de dix-huit ans et qui était malade depuis six ans environ.

Les crises revenaient deux fois par mois, avec perte de connaissance et morsure de la langue. L'aura

partait toujours du bras gauche. Ce jeune homme, emmétrope, possédait une acuité normale des deux yeux, bien qu'il fût astigmat cornéen de chaque œil de 1 D. La correction cristallinienne était supérieure à 0,50 D. Pendant un mois et demi, ce malade fut soumis à des instillations quotidiennes d'atropine dans les deux yeux (trois gouttes trois fois par jour d'une solution au $\frac{1}{10}$). Sous l'influence de ce traitement, il se montra hypermétrope de près de 3 D.; mais les crises ne furent nullement modifiées dans leur fréquence ni dans leur intensité. Pendant la durée de l'atropinisation, il eut en effet quatre attaques bien caractérisées.

Je n'ai pu obtenir de meilleurs résultats par l'emploi des verres correcteurs. Le premier épileptique que je traitai de la sorte fut le malade précédent, et c'est parce que je n'avais constaté aucune modification par le port des lunettes qu'il fut soumis au traitement atropinique.

Trois autres sujets furent également traités par des verres cylindriques : à l'un, j'ai ordonné des verres de 1 D.; à l'autre de 2 D.; au dernier, de 3 D. et demie. Chez tous, ces verres facilitèrent la vision; mais, malgré le calme qu'ils durent apporter dans la fonction accommodative, ils n'influencèrent en rien les crises épileptiques.

A côté de ces faits, je dois relater l'histoire abrégée de deux autres malades auxquels j'ai fait porter, sans plus de résultats, des sphériques correcteurs. L'un, âgé de huit ans, était atteint d'un blépharospasme indiquant l'état de souffrance de l'accommodation. Des verres convexes de 1 D. et demie (degré de l'hypermétropie manifeste) guérèrent les mouvements convulsifs des paupières, mais restèrent insuffisants en ce qui concerne le mal caduc. A l'autre sujet, âgé de vingt-sept ans, qui, quelques secondes avant l'appar-

rition des crises épileptiques, voyait un brouillard devant les yeux et qui corrigeait par une contraction du muscle ciliaire 3 D. d'hypermétropie, j'ai prescrit des verres convexes de 4 D. Après trois mois passés du port continu de ces lunettes, aucune modification dans ses crises n'était survenue; elles revenaient, comme par le passé, tous les quinze jours.

Il découle des faits exposés dans ce travail :

1° Que l'astigmatisme, pas plus que l'hypermétropie, ne peut être accusé d'être un facteur agissant fréquemment pour engendrer l'épilepsie;

2° Qu'entre mes mains, cette maladie n'a été modifiée en aucune façon par l'usage des verres correcteurs soit de l'astigmatisme, soit de l'hypermétropie;

3° Que quelques faits relatés par Stevens montrent la possibilité de remédier dans certains cas à cette maladie par les moyens optiques;

4° Qu'il convient dès lors, en présence d'un épileptique dont rien n'explique la maladie, de penser à l'état oculaire.

Peut-être les résultats différents obtenus par Stevens et par moi tiennent-ils à ce fait que, en Amérique, on détermine et on corrige la réfraction d'un sujet après l'avoir soumis à l'atropine, de manière à donner des verres qui neutralisent la totalité de l'hypermétropie, tandis que nous avons l'habitude, en Europe, d'après l'enseignement de Donders, de ne corriger d'ordinaire que l'hypermétropie manifeste plus un quart de l'hypermétropie latente. Il en résulte que nous laissons travailler beaucoup plus le muscle ciliaire de nos clients que cela n'a lieu en Amérique. Est-ce à un repos plus complet de la fonction accommodative que Stevens doit ses guérisons? C'est possible; en tous cas, la supposition est facile à vérifier. Un fait récent, communiqué par Hern à la Société ophtalmologique du Royaume-Uni (séance du 26 janvier 1893), donne du

poids à cette idée. Hern, se fondant sur le travail de Ranney (un partisan des idées de Stevens), corrigea le vice de réfraction d'un jeune garçon épileptique depuis quatre ans. Au début, le patient ne put supporter continuellement les verres prescrits; il en résulta que les attaques ne furent pas modifiées. Mais, depuis six mois qu'il fait usage de ces verres sans la moindre interruption, il n'a pas eu la moindre attaque. Le sujet possédait une légère hypermétropie manifeste jointe à une hypermétropie latente beaucoup plus marquée.

M. Davezac se demande si *M. G. Martin* n'aurait pas dû, au début même de ses recherches, préciser nettement la question et bien établir s'il s'agissait d'*épilepsie idiopathique et totale* ou d'*épilepsie symptomatique et partielle*. Cela importait beaucoup ici, car si l'on obtient la guérison d'une névrose par une opération oculaire ou la correction de l'astigmatisme par des verres, cette guérison est plus facile à expliquer avec l'hystérie ou l'épilepsie partielle que dans un cas d'épilepsie essentielle. Aussi pourrait-on peut-être interpréter de la manière suivante les résultats, en apparence contradictoires, obtenus par Stevens et *M. G. Martin*. Dans les cas d'épilepsie partielle, guérison obtenue par la correction de l'astigmatisme, résultat négatif au contraire dans les cas d'épilepsie générale.

M. G. Martin trouve fort légitime, mais bien embarrassante la question soulevée par *M. Davezac*. Il lui est impossible de se porter garant des cas de Stevens, mais il croit devoir rattacher à l'épilepsie totale ceux qu'il a personnellement observés. Le diagnostic d'épilepsie était, d'ailleurs, porté par des confrères compétents qui lui avaient adressé ces malades. Toutefois, il ne saurait affirmer catégoriquement ce diagnostic sans quelques réserves, étant données les difficultés qui, parfois, s'imposent au clinicien en pareils cas.

La séance est levée.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Condoléances.

M. le Président annonce à la Société qu'un de ses membres, M. le Dr Muselli, a eu la douleur de perdre sa jeune femme et son enfant nouveau-né. M. Muselli n'habitant pas Bordeaux, il est décidé qu'il lui sera adressé une lettre de condoléances au lieu de la délégation envoyée d'ordinaire aux confrères de la ville.

A ce propos, M. le Président tient à connaître l'avis de la Société sur une question déjà soulevée au sein du Conseil d'administration et relative aux visites de condoléances faites aux membres de la Société qui ont perdu un de leurs proches parents. D'habitude, le confrère visité en pareil cas n'est pas rencontré par la délégation de la Société et cette démarche est une pure formalité. Ne serait-il pas préférable de la remplacer par une lettre qui resterait, au moins à titre de souvenir, entre les mains de la famille et, par suite, d'adopter la proposition suivante :

Il est admis que désormais les visites à domicile, faites pour porter des compliments de condoléances, conformément à la décision du 28 janvier 1887, n'auront plus lieu. Elles seront remplacées par une lettre adressée au nom de la Société.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

Opération d'hydronéphrose intermittente.

M. Pousson lit le travail suivant :

Je désire vous communiquer un fait d'hydronéphrose intermittente que j'ai observé dans le courant

de l'année dernière chez une jeune femme de vingt-cinq ans et qui a été guérie à la suite d'une néphrorraphie que je lui ai pratiquée le 21 juillet, il y a par conséquent aujourd'hui près de sept mois.

Dans le travail intéressant et fortement documenté que MM. Terrier et Baudoin ont publié sur ce sujet dans la *Revue de Chirurgie*, à la fin de 1891, ces auteurs ont réuni quatre-vingt-trois faits de cette variété clinique de rétention aseptique des urines ou d'uro-néphrose, comme propose de l'appeler le professeur Guyon. Ce chiffre déjà considérable, si on se rappelle que l'attention des praticiens n'a été attirée sur ce type de l'hydronéphrose que depuis le mémoire de Landau, en 1888, c'est à dire depuis quatre ans à peine, ne peut manquer que de s'accroître rapidement, car en réalité, d'après les auteurs que je viens de citer, la *forme intermittente de la rétention rénale* est au moins aussi fréquente que sa *forme fixe ou définitive*. Cette dernière, presque seule connue depuis Rayer, n'est le plus souvent que l'aboutissant de la première.

L'observation que je vais avoir l'honneur de vous lire présente donc au moins cet intérêt qu'elle vient grossir le contingent des cas d'hydronéphrose intermittente publiés jusqu'à ce jour. Mais vous verrez par ses détails qu'elle contribue, en outre, à fixer un point important de la pathogénie et de la thérapeutique de cette affection, c'est là surtout la raison qui m'engage à vous en faire part.

Il s'agit dans ce cas, comme dans la grande majorité de ceux réunis dans le mémoire de MM. Terrier et Baudoin, d'une hydronéphrose intermittente observée chez une jeune femme atteinte de mobilité anormale du rein droit. L'évolution clinique des accidents qu'elle a présentés jusqu'au jour de son opération ne laisse aucun doute sur la relation existant entre leur

apparition et le déplacement de l'organe migrateur. La malade, qui souffrait à peine et ne présentait aucune tuméfaction du rein lorsque celui-ci occupait sa loge, voyait ses crises de douleurs éclater lorsqu'il en sortait en même temps que la tumeur hydronéphrotique réapparaissait. La raison de ces alternatives de bonne santé et d'accès douloureux est facile à comprendre. Tandis que, dans les intervalles de santé, l'uretère non dévié permettait à l'urine de s'écouler en totalité dans la vessie, il ne la laissait plus filtrer qu'en partie et provoquait la distension du bassinnet au moment des crises, à cause de la soudure avec ou sans torsion que le rein lui faisait subir en se portant en bas et en avant.

Cette conception du mécanisme de l'hydronéphrose intermittente chez les malades porteurs de rein mobile, à laquelle Landau avait été amené par le dépouillement des seules observations cliniques de son mémoire de 1888, a été confirmée de la manière la plus éclatante par les pièces anatomiques examinées par Terrier et Baudoin. Elle a conduit ces auteurs à considérer la fixation du rein comme le meilleur traitement à opposer à la rétention rénale intermittente compliquant la néphroptose, du moins lorsque cette rétention est à ses débuts, qu'elle est aseptique et que le rein est susceptible d'être replacé dans sa loge.

A l'époque de la publication de leur travail, ils ne pouvaient invoquer à l'appui de leur manière de voir que deux observations : l'une de M. Guyon, l'autre de M. Quenu. La malade de M. Guyon, opérée depuis sept mois, n'avait plus vu reparaître sa tumeur rénale et n'avait plus eu la moindre crise douloureuse. Celle de M. Quenu n'avait eu qu'une amélioration passagère, sans doute parce que la poche hydronéphrotique était déjà infectée au moment de

l'intervention et que les lésions de l'extrémité supérieure de l'uretère étaient trop anciennes pour que la réintégration du rein dans sa loge ait suffi à rendre à l'uretère sa perméabilité première.

Depuis lors, M. Guyon a fait publier par un de ses élèves, M. Vignerot, une nouvelle observation de néphrorraphie pour hydronéphrose intermittente chez un homme de trente-deux ans, porteur d'un rein gauche mobile. Comme dans son premier cas, le succès a été complet et le malade n'a plus eu une seule crise depuis la fixation de son rein.

On doit encore à ce chirurgien deux autres faits, qui témoignent de la valeur du retour du rein dans la fosse lombaire et confirment ainsi indirectement l'exactitude du mode pathogénique précédemment invoqué. Dans ces deux faits rapportés dans la thèse de M. Arnould, le port d'une ceinture maintenant le rein en place a suffi à faire disparaître la rétention rénale et tous ses accidents.

A ces cinq observations très encourageantes de fixation, soit opératoire, soit orthopédique du rein mobile cause de l'hydronéphrose intermittente, la nôtre, pensons-nous, viendra s'ajouter utilement. Comme je l'ai dit en commençant, l'opération remonte à sept mois et la guérison ne s'est pas démentie depuis lors.

Sans insister sur les détails opératoires, que j'ai du reste consignés avec soin dans mon observation, je ferai remarquer que je n'ai pas fait d'avivement du rein et que je me suis contenté de le suspendre au périoste de la dernière côte, par un fil de soie vertical passant en plein tissu rénal et de le fixer à chacune des lèvres de la paroi lombaire par deux gros fils de catgut horizontaux traversant aussi le parenchyme de la glande et comprenant également sa capsule adipeuse. Je suturai ensuite couche par couche les diffé-

rents plans musculo-aponévrotiques au catgut et les téguments au crin de Florence, en prenant la précaution de placer dans l'angle inférieur de la plaie une mèche de gaze iodoformée pour la drainer en cas de besoin. Cette précaution fut d'ailleurs inutile, car il n'y eut pas la moindre suppuration et au bout de quinze jours la cicatrisation était complète.

Les détails de l'observation un peu longue que je vais vous lire m'ont été fournis par M. Eugène Pépin, interne du service.

1° HISTOIRE CLINIQUE. — X... (Jeanne), vingt-cinq ans, domestique.

Antécédents. — Père et mère en très bonne santé. Six frères et sœurs également bien portants. Un autre de ses frères, épileptique, a succombé aux suites d'une brûlure étendue survenue à la suite d'une chute qu'il fit dans le feu pendant une de ses crises.

La malade n'a jamais fait aucune maladie grave. Réglée pour la première fois à dix-sept ans seulement, elle l'a toujours été depuis très régulièrement, sans douleurs. Elle est devenue enceinte à dix-neuf ans et a accouché à terme d'un enfant, dont la sortie a été laborieuse et a nécessité une application de forceps. A la suite de ce travail, la paroi vésico-vaginale s'est sphacélée et il en est résulté une large fistule urinaire. La santé de la malade n'en a d'ailleurs nullement souffert et, quoique perdant ses urines, M^{me} X... a continué à vaquer à ses occupations ordinaires jusqu'à l'âge de vingt-deux ans.

Début de l'affection. — A cette époque, elle fut prise tout à coup et sans cause appréciable de sa première crise douloureuse. Cette crise, survenant en dehors de la période menstruelle, se traduisit par des douleurs tolérables au début, siégeant sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, pour gagner bientôt la région lombaire droite. La douleur augmenta peu à peu d'intensité pour atteindre son apogée au bout de deux ou trois

heures. A ce moment, les souffrances furent tellement vives que la malade se roulait sur son lit. Pendant toute la durée de la crise, le ventre se gonfla surtout à droite et devint dur. La malade eut des nausées, mais pas de vomissements; l'urine s'écoula du vagin goutte à goutte, comme à l'habitude, mais fut un peu sanglante.

Évolution de la maladie. — Quelque temps après, la malade entra à l'hôpital Saint-André dans le service de mon collègue et ami Dubourg, pour y être traitée de sa fistule vésico-vaginale. Diverses tentatives, faites dans ce but au cours de l'année 1889, restèrent sans résultat. Au mois de juin 1889, quinze jours après le troisième essai de fermeture de la fistule, la malade eut une nouvelle crise de douleurs, débutant dans la soirée, vers six heures et persistant toute la nuit avec les mêmes caractères que la première. La malade quitta peu après le service et resta hors de l'hôpital jusqu'au mois de septembre 1891. Pendant cet intervalle de temps elle eut plusieurs crises, mais moins intenses et moins longues que les premières. La malade dit avoir remarqué qu'après chaque crise son flanc droit restait tendu et douloureux pendant plusieurs semaines. Interrogée avec soin, elle affirme n'avoir jamais rendu de graviers ou de sable dans ses urines, mais elle se souvient qu'au moment de chaque crise elles étaient un peu troubles et laissaient se former au fond du vase un dépôt rougeâtre assez abondant. Au mois de septembre 1891, la malade entre de nouveau dans le service de M. Dubourg pour sa fistule. Deux tentatives opératoires sont faites successivement; l'une en septembre sans résultat, l'autre en décembre avec un plein succès. Trois semaines après cette dernière opération, la malade est prise d'une nouvelle crise d'une durée de deux heures environ, survenant pendant la nuit et offrant tous les caractères des premières. Le lendemain, à la visite, la malade est fatiguée et se plaint du côté droit; mais, à ce moment, l'examen le plus minutieux ne révèle rien d'anormal dans cette région ni dans le reste de la région abdominale. Les urines recueillies et ana-

lysées sont normales. Le visage est un peu bouffi, mais sans œdème palpébral.

Jusqu'à la fin du mois d'avril, la malade éprouve une douleur constante dans le flanc droit, sans crises aiguës; c'est une sensation de tension continue qui l'empêche de marcher, de rester longtemps debout.

Examen local. — Le 30 avril, un examen est pratiqué sous le chloroforme. Rien dans le flanc gauche. La palpation du flanc droit révèle l'existence dans cette région d'une tumeur volumineuse, occupant tout l'espace compris entre la douzième côte et la crête iliaque; elle est rénitente, sonore à la percussion superficielle et submate à la percussion profonde; elle suit les mouvements de la respiration; elle est ovoïde et lisse à sa surface. La loge rénale paraît vide et dépressible.

En présence de ces constatations, on pense avoir affaire à un rein flottant et probablement hydronéphrotique. A partir de ce jour, on recueille avec soin les urines.

Le 1^{er} mai: la malade rend dans les vingt-quatre heures 550 grammes d'urine, fortement teintée en rouge, ne laissant se former qu'un léger dépôt, mais ayant une odeur forte; ni albumine ni sucre; urée, 8 grammes par litre (?); au microscope, grande quantité de globules rouges, très peu de globules blancs, pas de tubes, quelques éléments sphériques, cristaux d'acide urique en assez grande quantité, pas de bacilles de la tuberculose.

Le 3: urines, 900 grammes, teintées en rouge; diarrhée, céphalalgie, vertiges, mouches volantes, nausées sans vomissements.

Le 6: urines, 1,050 grammes; l'état général s'améliore, la douleur du flanc disparaît, la tumeur n'est plus appréciable et la palpation ne révèle plus qu'un peu d'empatement.

Le 7: urines, 800 grammes, absolument claires.

Du 7 mai au 3 juin: les urines de vingt-quatre heures oscillent entre 800 et 1,000 grammes; elles sont constamment claires. La malade se lève un peu; son

état semble meilleur; elle n'accuse plus qu'une sensation de douleur vague et peu intense dans le flanc; la palpation n'y fait pas constater de tuméfaction, mais seulement un peu d'empâtement.

A partir de ce jour jusqu'au 15 juin, la quantité des urines descend à un chiffre qu'elle n'avait pas encore atteint, comme en témoigne le relevé suivant :

Le 4 juin la malade rend	200	grammes d'urine.
Le 5 — — —	350	— —
Le 6 — — —	400	— —
Le 9 — — —	250	— —
Le 10 — — —	400	— —
Le 11 — — —	250	— —
Le 13 — — —	300	— —
Le 14 — — —	250	— —

Ces urines sont louches, un peu rougeâtres. La malade éprouve des douleurs violentes dans le côté; elles sont continues, avec quelques exacerbations ne rappelant cependant pas les crises antérieures. La tumeur a reparu dans le côté droit. La température oscille entre 36°6 et 37°; céphalée constante, rebelle à tous les traitements; pas de vomissements; pas de diarrhée.

A partir du 15 juin, les accidents locaux et généraux s'amendent peu à peu, en même temps que la quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures augmente, sans jamais dépasser néanmoins 600 à 700 grammes. La malade cependant continue à éprouver de la douleur dans le flanc droit et la palpation fait constater dans cette région l'existence d'une tumeur beaucoup plus petite que celle trouvée pendant les crises, plus mobile et offrant tous les caractères d'un rein déplacé. Cette tumeur est douloureuse à la pression; la constriction du corset et même des autres vêtements, si peu serrés qu'ils soient, réveillent de grandes souffrances; la marche est impossible; la station verticale est elle-même très pénible; aussi, la malade ne peut-elle plus s'habiller et sortir de son lit. Elle réclame une opération qui puisse la délivrer de son mal.

Le service étant à ce moment confié à ma direction, j'observe pendant quelques semaines la malade et après m'être convaincu que les crises douloureuses qu'elle offre reconnaissent pour cause des attaques d'hydronéphrose intermittente dues au déplacement du rein, je me décide à pratiquer la néphrorraphie. La quantité d'urine rendue à ce moment varie de 500 à 600 grammes. L'analyse, faite par mon collègue et ami Denigès, donne le résultat suivant : densité, 1,021 ; réaction, neutre ; urée, 15,75 ; acide urique, 0,35 ; albumine, traces.

2° OPÉRATION. — Le 21 juillet, la malade chloroformée est couchée sur le flanc gauche et repose sur un coussin qui la soulève à ce niveau et développe l'échancrure costo-iliaque droite. Incision verticale parallèle au bord externe de la masse sacro-lombaire et à six centimètres de la colonne vertébrale, s'étendant du bord inférieur de la onzième côte à deux travers de doigt de la crête iliaque. Les plans musculo-aponévrotiques sont rapidement traversés sans ouverture de vaisseaux importants et j'arrive dans la loge rénale, où je trouve sans peine le rein qu'un aide y refoule en déprimant fortement la paroi abdominale au niveau du flanc. Je l'explore et constate qu'il est volumineux, mais parfaitement sain, de même que les calices et le bassinet. Je passe alors en plein tissu rénal et à environ un centimètre et demi du bord convexe deux gros fils de catgut n° 2, l'un près de l'extrémité inférieure de l'organe, l'autre à égale distance de ses deux extrémités ; un troisième fil de soie plate est passé près de l'extrémité supérieure. Prenant chacun des chefs des fils de catgut, je fais avec eux un nœud au contact de la face du rein, puis traversant avec ces chefs, rendus libres, à la fois la capsule cellulo-adipeuse et la lèvre correspondante de la boutonnière musculaire faite à la paroi lombaire, je les y fixe par un nœud solide. Quant au fil de soie passé dans l'extrémité supérieure du rein, il est attaché au périoste de la face externe de la douzième côte sans la contourner. De la

sorte, le rein est comme suspendu à cette dernière côte. Avant de fermer la plaie, je l'aseptise soigneusement avec la solution de sublimé et, par prudence, je place dans son angle inférieur pour la drainer une mèche de gaze iodoformée. Je suture couche par couche les différents plans musculo-aponévrotiques au catgut et les téguments au crin de Florence. Saupoudrage à l'iodoforme et pansement à la gaze et au coton salicylé.

3° **SUITES OPÉRATOIRES.** — Le soir, la malade est très bien; elle n'a pas été fatiguée par le chloroforme, n'a pas vomé; pas d'élévation de température. Elle a rendu 150 grammes environ d'urine claire, limpide, sans la moindre trace de sang.

Le 22 juillet: nuit bonne; la malade s'est plainte seulement et se plaint encore d'une légère douleur dans le côté droit. Température, 37°1; urines, 600 grammes depuis l'opération, limpide, non sanguinolentes.

Rien à noter les jours suivants; tout marche régulièrement; apyrexie complète; pas de sang dans les urines.

Le 23: le pansement est défait; la plaie est en très bon état et paraît réunie; la mèche de gaze iodoformée est enlevée; il s'écoule par l'orifice qui lui livre passage une petite quantité de sérosité noirâtre, mais pas la moindre goutte de pus.

Le 4 août: on enlève les sutures des téguments; la plaie est réunie dans toute son étendue; l'orifice de la mèche iodoformée est également fermé par des bourgeons encore mous. Les urines, qui sont toujours restées claires, sont peu abondantes; elles ne dépassent guère 800 à 1,000 grammes dans les vingt-quatre heures; la malade ne présente d'ailleurs aucun accident de rétention.

Elle commence à se lever dans les premiers jours de septembre, plus de six semaines après l'opération. Pendant son séjour au lit, elle a bien éprouvé parfois de légères douleurs dans le côté, mais jamais rien de comparable à ses souffrances antérieures. La palpation profonde de la région rénale y révèle la présence du rein

qui paraît toujours un peu gros, mais est solidement fixé à sa place.

4^e RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — La malade reprend peu à peu les forces qu'elle a perdues pendant son séjour prolongé au lit et s'habitue progressivement à se tenir debout et à marcher. Vers la fin de novembre, elle peut être considérée comme parfaitement rétablie et, à partir de ce jour, elle aide l'infirmière de service aux grosses besognes de la salle. Depuis lors jusqu'à aujourd'hui, elle n'a cessé de se livrer à ces occupations relativement fatigantes. Le rein est resté parfaitement fixé, la malade n'a plus eu la moindre crise, les urines sont restées claires et limpides; leur quantité varie de 1,000 à 1,200 grammes dans les vingt-quatre heures.

**Des thoracentèses réitérées dans les hydrothorax
d'origine cardiaque et rénale.**

M. Davezac a souvent été frappé de l'inertie volontaire à laquelle se condamnait trop souvent le médecin en présence des hydrothorax cachectiques, dus soit à une lésion du cœur, soit à une affection rénale. L'épanchement pleural croissait de jour en jour et le patient, relégué au fond de la salle d'hôpital, succombait bien des fois à la gêne respiratoire provoquée par l'hydrothorax. La thoracentèse ne pouvait-elle donc être appliquée, au moins à titre de soulagement?

C'est ce qu'a fait *M. Davezac* et, dans deux cas bien nets, la survie fut certainement due à la thoracentèse.

Le premier est relatif à un cardiaque en proie à une orthopnée intense due à un double hydrothorax. Une première thoracentèse amena un soulagement immédiat. De nouvelles thoracentèses, pratiquées sitôt que la dyspnée devenait menaçante, furent réitérées un nombre considérable de fois, grâce auxquelles le malade vécut encore toute une année.

Dans le second cas, il s'agissait d'un albuminurique arrivé à la dernière période : ascite, hydrothorax double

commencement de coma urémique. Comme chez le premier malade, M. Davezac ponctionna les plèvres jusqu'au retour des fonctions respiratoires normales. De nouvelles dyspnées étaient ensuite soulagées par le même moyen, qui permit au malade de vivre plusieurs mois encore.

M. Lépine, dans un des derniers numéros de la *Semaine médicale*, se déclarait partisan de cette application palliative de la thoracentèse. M. Davezac a cru devoir communiquer à ses collègues deux faits personnels corroborant l'opinion de M. Lépine sur l'opportunité des thoracentèses répétées dans les cas d'hydrothorax rénal ou cardiaque.

La séance est levée.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

Une lettre de M. Muselli, remerciant la Société des témoignages de sympathie qu'elle lui a adressés à l'occasion du malheur qui vient de le frapper.

Condoléances.

M. le Président annonce que M. Salviat père a eu la douleur de perdre sa femme et qu'une lettre va lui être envoyée pour lui présenter les condoléances de la

Société, conformément à la décision prise, sur sa proposition, dans la séance du 17 février courant.

Sur un cas de taille hypogastrique.

M. Loumeau lit le travail suivant :

Les suites de la taille hypogastrique sont ordinairement fort simples. La cicatrisation de la plaie s'obtient en quelques jours, par *première intention*, avec la suture de la vessie dont l'emploi se généralise de plus en plus aujourd'hui ⁽¹⁾, ou bien en quelques semaines si, par le drainage abdominal, on se contente de la *réunion secondaire*. Dans l'un et l'autre cas, la guérison arrive sans le moindre accident. Telle est la règle que confirment à l'envi les nombreuses observations de taille sus-pubienne publiées chaque jour.

Dans d'autres circonstances, à la vérité beaucoup plus rares, la plaie opératoire ne se ferme pas et reste fistuleuse. Parfois même la cicatrice que l'on croyait définitivement consolidée, éclate sous l'influence d'un effort et se laisse traverser par l'urine. Une fistule ici encore s'établit, plus ou moins tardive à cicatriser. Pour être moins brillants que les succès dont nous parlions tout à l'heure, ces faits n'en sont pas moins très intéressants, car ils emportent toujours avec eux une petite leçon pratique bonne à utiliser dans l'avenir.

C'est peut-être l'impression qui se dégagera de l'observation que je viens rapporter aujourd'hui.

(1) Dietz. *Étude clinique et expérimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique*, th. Paris, 1890.

Albarran. De la réunion primitive dans la taille hypogastrique. (*Ann. génit.-urin.*, 1891.)

Tuffier. Taille hypogastrique pour tumeur vésicale avec fermeture complète de la plaie sans aucun drainage, sans aucun cathétérisme. (*Ann. génit.-urin.*, 1892.)

Sorel. *Contribution à l'étude de la suture totale de la vessie*, th. Paris, 1893.

OBSERVATION.

Calcul vésical très dur — Valvule prostatique — Vieille vessie irritable — Taille hypogastrique — Fistule consécutive — Guérison tardive.

HISTOIRE DU MALADE. — X..., docteur en médecine, habitant la banlieue de Bordeaux, âgé de soixante-douze ans, me fait appeler au commencement du mois d'août 1892 pour des troubles de la miction qui le préoccupent beaucoup. L'imagination aidant, le malade en est arrivé à porter sur son cas une série de diagnostics et de pronostics aussi fantastiques que peu rassurants.

Homme aimable et spirituel s'il en fut, il se déclare prêt à tout accepter de ma main, pourvu que le remède soit sûr et que la maladie ne traîne pas longtemps.

Son histoire est courte et simple. Son père et sa mère sont morts très âgés, sans avoir souffert de la vessie. Il a une fille bien portante, mère elle-même de trois superbes enfants; son fils, également docteur en médecine, est un grand et robuste gaillard qui n'a fait aucune maladie.

Personnellement, il est de très petite taille et ne peut rappeler sans sourire qu'il fut autrefois médecin major dans un régiment de cuirassiers. Frais, vif et solide encore, malgré son âge, il habite depuis trente-cinq ans la campagne, où il mène une existence fort peu active, exerçant surtout la médecine en amateur. Il fait en voiture et dans un rayon très restreint quelques visites tous les jours et partage le reste de son temps entre la lecture, la musique, la tapisserie et autres agréments qui le retiennent très sédentaire. Au demeurant, toujours excellente table et toujours excellent vin. Aucun excès pourtant, sauf celui de la pipe qu'il n'éteint jamais.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Les premiers symptômes de son mal datent de janvier 1891.

Par un temps de neige qui le mettait dans l'impossibilité d'atteler, il est obligé, contre son habitude, de faire à pied une course de plusieurs kilomètres. Au retour de cette course qui fut très fatigante, vu l'état du sol, notre confrère constate dans son urine une légère teinte sanguinolente et dans le canal une sensation assez vive de brûlure. Depuis lors, tantôt plus, tantôt moins, il a toujours souffert. La voiture surtout augmentait les douleurs et les envies d'uriner, mais ce résultat n'était pas constant. La miction avait lieu ordinairement toutes les deux heures pendant le jour et la nuit deux ou trois fois.

Cet état persista à peu près stationnaire pendant une année environ. Puis ont apparus les hématuries, légères au début et provoquées ordinairement par la marche. Depuis deux mois, l'urine de la nuit renferme souvent une quantité notable de sang. Le jour, le liquide est à peine rosé ou même absolument clair.

De plus, le malade perçoit par moments, au fond du canal, la sensation d'une languette charnue qui se déplacerait sous la pression de l'urine et viendrait, à la façon d'une soupape, s'incliner vers l'orifice cervical. Une fois la miction terminée, cette soupape, redevenue libre, paraît se redresser d'avant en arrière et reprendre vers le col de la vessie sa position normale.

Un autre phénomène signalé par le patient est le réveil depuis quelque temps d'appétits vénériens peu en rapport, dit-il, avec la discrétion de son âge.

Jusqu'ici aucun cathétérisme n'a été pratiqué.

Après lavage boriqué du canal, j'introduis dans la vessie une sonde coudée, qui pénètre sans difficulté et ramène une cinquantaine de grammes d'urine sanguinolente que je remplace par une égale quantité de solution boriquée chaude. Je retire la sonde qui ne m'a révélé rien d'anormal et je la remplace par l'explorateur métallique de Guyon. Le talon de cet instrument, au niveau du col, ne rencontre aucune résistance suspecte, mais son bec, retourné en bas, heurte immédiatement un corps résistant, à surface uniforme, qui donne par

le choc le son caractéristique d'un calcul très dur. Voulant ensuite à l'aide d'un lithotriteur chercher à apprécier les dimensions de ce calcul, je sens la vessie se ratatiner, très intolérante, sur l'instrument que le malade me supplie de retirer.

Quelques gouttes de sang suivirent cette courte exploration, que je ne renouvelai plus pour ne pas augmenter les souffrances très vives occasionnées par cette première séance. Tandis, en effet, qu'autrefois les besoins se faisaient sentir cinq ou six fois dans la journée, c'est maintenant tous les quarts d'heure, toutes les cinq minutes que le patient est obligé d'uriner. A chaque fois, il éprouve de violentes douleurs, souvent même la miction est rendue impossible par des contractions énergiques siégeant au col de la vessie et qui suffiraient, dit le malade, à l'*expulsion de plusieurs fœtus*. A force de chloral et de lavements laudanisés, le calme revient un peu et se maintient jusqu'au jour de l'opération.

La lithotritie, à laquelle j'avais immédiatement songé, fut écartée pour plusieurs raisons. Notre confrère avait contre cette opération une arrière-pensée qui lui faisait désirer un mode de traitement, à ses yeux, plus radical : la taille. D'autre part, en présence d'un calcul qui me semblait très dur, d'une vessie irritable et probablement aussi d'une valvule prostatique dont le malade m'accusait certains indices révélateurs, je redoutais par la lithotritie des difficultés que la taille sus-pubienne semblait devoir aisément supprimer.

C'est cette dernière opération que je pratiquai le 21 août, avec l'assistance de mon excellent confrère le Dr Montalier, de MM. Petit, interne, et Duclos, externe des hôpitaux.

TAILLE HYPOGASTRIQUE. — Après avoir reçu les soins préliminaires d'usage (purgatif la veille, grand bain savonneux et sublimé, pubis rasé, lavement le matin, etc., etc.), le malade est chloroformé et étendu, bassin très relevé, sur la table à opération. Les membres inférieurs sont enveloppés d'ouate. L'abdomen et la région

génito-crurale, lavés à l'éther et au sublimé, sont recouverts de serviettes antiseptiques chaudes qui circonscrivent l'espace ombilico-pubien. Le ballon de Pétersen est placé dans le rectum, la sonde métallique à robinet est introduite par l'urètre préalablement désinfecté. La vessie évacuée est lavée à la solution chaude de nitrate d'argent à 2 ‰ et reçoit ensuite l'injection boriquée destinée à maintenir distendu le réservoir vésical. Elle ne peut en tolérer que 90 grammes. Dans le ballon rectal, 350 grammes de liquide sont injectés qui permettent au globe vésical, refoulé en avant, d'être accessible au doigt et à l'œil à travers la paroi abdominale assez maigre.

Incision commençant au milieu de l'espace ombilico-pubien et descendant sur la racine de la verge. Section de trois petits vaisseaux immédiatement saisis avec des forcipresseurs. La ligne blanche, découverte après quelques tâtonnements, est incisée de bas en haut sur la sonde cannelée. Le *fascia transversalis* est coupé avec précaution tout près du pubis. Mon indicateur gauche est introduit dans cette ouverture et, se recourbant en crochet, refoule en haut la graisse sous-péritonéale et le cul-de-sac du péritoine, de cette manière protégé sans être vu.

La vessie apparaît grosse comme une petite orange, d'aspect grisâtre, parcourue à sa surface de gros vaisseaux bleuâtres. Un écarteur est placé à cheval sur chaque lèvre de l'incision abdominale. L'espace prévésical, ainsi largement découvert, est lavé à la liqueur de Van Swieten. Au-dessous du doigt que j'ai laissé à demeure pour abriter le péritoine, j'incise de haut en bas la vessie, en un temps, dans une étendue de quatre centimètres. Mon index gauche plonge dans l'angle supérieur de l'incision vésicale, l'accroche et le maintient soulevé. Une anse de soie est passée à travers chaque lèvre de la vessie sectionnée et permet de l'attirer en avant.

La muqueuse paraît congestionnée et accidentée de nombreux reliefs dus à des colonnes musculaires. La

prostate, très grosse, est surmontée près du col d'un repli, mince et mobile, qui a la forme d'une demi-circconférence. Il s'insère, par son diamètre transversal, sur la muqueuse prostatique et présente une hauteur maxima d'environ sept millimètres. Par cette valvule, qui commande l'entrée profonde du canal, on s'explique les particularités ressenties par le malade. Je l'eusse excisée au thermocautère, sans la crainte de provoquer ultérieurement une hémorragie par l'introduction de la sonde à demeure.

Bien en arrière et tout au fond du sinus rétro-prostatique, la pierre apparaît comme un œuf au fond d'un nid. Du doigt, je la déloge et la ramène au dehors. Il n'en existe pas d'autre. A sa place, reste vide la cavité que le calcul s'était façonnée à la face postérieure de la prostate et où il paraissait depuis longtemps domicilié, à une notable distance du col de la vessie.

Après attouchement de la muqueuse vésicale à la solution argentique faible, je suture l'aponévrose et les muscles droits au catgut, les téguments au crin de Florence. Les tubes de Périer, saupoudrés de salol, sont introduits et assujettis par deux fils d'argent qui les traversent en même temps que la paroi de l'abdomen et de la vessie. Un petit drain est placé sur le dos de la verge, au niveau du pubis, et séparé des tubes vésicaux par deux points de suture superficielle.

Un siphon rempli de solution boriquée chaude est mis en communication avec l'extrémité périphérique d'un des tubes pour en essayer le fonctionnement. Aussitôt un gonflement se produit au niveau de l'hypogastre, du pubis, de la verge, du scrotum. J'arrête immédiatement l'injection. Faite à forte pression par le siphon que l'on avait, par mégarde, trop élevé au-dessus de l'opéré, elle avait occasionné une infiltration artificielle de liquide, heureusement inoffensif. Ce liquide, à l'aide de douces pressions exercées tout autour de la plaie, disparut peu à peu, amenant le dégonflement des parties. Un nouvel essai, fait sous une très faible pression, montre que les tubes fonctionnent parfaitement.

Sur la suture est appliquée une bonne couche de vaseline iodoformée, abondamment sablée d'iodoforme. Le tout est recouvert d'un pansement antiseptique sec fixé par des bandes de gaze sublimée qui enveloppent complètement la racine des cuisses, le périnée, l'abdomen. Seuls en émergent les tubes hypogastriques, dont la portion excentrique est placée en contre-bas, dans un urinal phéniqué.

Le malade se réveille dans son lit une heure et demie après le début de la chloroformisation.

SUITES OPÉRATOIRES. — *Du 22 au 25 août.* — Tout marche normalement. Température inférieure à 37°5, fonctionnement régulier des tubes.

Le 26. — Le malade se plaint du besoin d'aller à selle. Le pansement est défait pour dégager l'orifice anal et permettre l'administration d'un lavement.

Le 29. — La plaie cutanée est réunie; ablation des points de suture que remplacent des bandelettes collodionnées de gaze antiseptique.

Le 31. — Depuis deux jours le pansement est humide, l'urine ne passe presque plus par les tubes. Ceux-ci sont retirés, une sonde de Malécot n° 19 est mise à demeure dans l'urètre et maintenue constamment ouverte dans un réservoir d'acide borique. De larges bandes de gaze iodoformée, fixées par du collodion au niveau des flancs, sont nouées sur la ligne médiane, de manière à protéger la cicatrice opératoire et à rapprocher les bords de la plaie qui succède à l'ablation des tubes. Deux cuillerées d'huile de ricin.

Du 1^{er} au 6 septembre. — La plaie se rétrécit de plus en plus et ne donne issue à aucune goutte d'urine. Le malade s'est levé et a pu manger à table quinze jours après l'opération. La constipation a cédé seulement le jour où l'opéré a laissé le lit.

Le 7. — La sonde à demeure est remplacée par une nouvelle sonde de Malécot. Urines claires.

Le 19. — La cicatrice est fermée et la sonde est enlevée de l'urètre. Tout va parfaitement depuis huit

heures du matin jusqu'à quatre heures de l'après-midi et la miction se fait aisément par le canal. Le soir, en faisant effort pour aller à la garde-robe, le malade sent quelque chose qui se déchire au niveau de la cicatrice opératoire. A partir de ce moment, toute l'urine passe par la plaie transformée en fistule.

Le 22. — Remise de la sonde qui détourne le cours de l'urine et la fait sortir exclusivement par l'urètre. Désormais, pour éviter un semblable accident, la sonde, d'ailleurs très bien tolérée, sera gardée le plus longtemps possible.

Le 3 octobre. — La sonde se trouve sans doute bouchée, car l'urine ne s'en écoule plus. Efforts continus, violentes épreintes vésicales, rien n'y fait. Au lieu de la satisfaction attendue, une complication nouvelle surgit. Un frisson violent avec élévation de température et sub-délirium apparaît, en même temps que l'hypogastre se tuméfie, rougit et devient le siège d'élancements très douloureux. Un phlegmon urinaire est en voie de formation lorsque je revois le malade. Je retire la sonde qu'obstruait un caillot sanguin et j'en mets une nouvelle.

Le 6. — Cette dernière va bien. Le calme est revenu du côté du bas ventre. Les phénomènes menaçants se sont amendés : plus de fièvre, plus de gonflement, plus de douleur. Injection boricuée dans la vessie.

Le 7. — Pendant une défécation laborieuse, la fistule, toujours imminente depuis l'éclosion des accidents phlegmoneux, se rouvre à nouveau et lance un jet d'urine. A dater de ce moment, lavement quotidien et lavages vésicaux à l'acide borique répétés tous les matins.

Le 27. — Le malade se sent très bien et réclame l'ablation de sa sonde devenue inutile. Il urine maintenant à plein canal.

Le 29, au soir. — Toujours en voulant aller à selle, la fistule hypogastrique se reforme.

Le 31. — La sonde est replacée. Le malade, découragé, ne veut plus s'en passer.

Du 1^{er} novembre au 10 décembre. — La sonde, constam-

ment gardée, a été renouvelée trois fois et donne issue à toute l'urine contenue dans la vessie.

Le 10. — Tout va à merveille. La guérison paraît maintenant assurée. La sonde, sur la demande du malade, est supprimée. Il urine facilement, sans la moindre gêne.

Le 16. — Une sensation de pesanteur existe à l'hypogastre, en même temps que des tiraillements douloureux au niveau de la cicatrice. Il semble que la vessie fait effort pour se détacher de la face profonde de la paroi abdominale, à laquelle jusqu'ici elle était restée plus ou moins adhérente. Par précaution, la sonde est remise.

Le 19. — Une violente crise d'influenza éclate : bronchopneumonie, pleurésie droite, accès de fièvre. Sulfate de quinine, toniques, séjour au lit, lavages quotidiens de la vessie à l'acide boriquée et une fois par semaine au nitrate d'argent (2 ‰). Urines normales.

Du 23 décembre 1892 au 23 janvier 1893. — Phlébite de la veine iliaque externe droite avec œdème énorme du membre inférieur et de la paroi abdominale. La première idée est d'en attribuer l'origine à la vessie, dans laquelle je pratique des instillations concentrées de nitrate d'argent. Pourtant les urines restent limpides, le périnée et le bas-ventre sont insensibles à la pression. Étant donnée la fréquence relative des phlébites gripales observées cet hiver par plusieurs confrères de ma connaissance, je me vois de plus en plus porté à rattacher à cette source infectieuse la phlébite de mon opéré. Enveloppement ouaté, repos absolu du membre tenu en légère abduction et relevé par un coussin placé sous le genou fléchi.

A partir du 23 janvier. — L'œdème diminue progressivement ainsi que les accidents thoraciques. L'appétit et l'entrain reviennent. La fonction urinaire, qui est restée indifférente au milieu des accidents graves éprouvés par le malade, continue à s'accomplir régulièrement par la sonde.

Le 20 février. — Toute trace d'œdème a disparu. Il

n'existe plus de cordon induré à la cuisse. Le membre est remué dans le lit. Les petites quintes de toux, qui apparaissent de temps à autre, retentissent toujours péniblement sur l'hypogastre, mais il n'y a plus de tiraillements entre la paroi abdominale et la vessie. Celle-ci paraît avoir recouvré son indépendance complète. C'est là la sensation subjective éprouvée depuis plusieurs semaines par le malade qui reconnaît maintenant la parfaite inutilité de sa sonde à demeure. Cette sensation est corroborée par l'examen direct de la région. Au lieu de l'empâtement profond d'autrefois, je constate nettement par la palpation que la cicatrice pariétale est peu épaisse, souple et distincte des organes sous-jacents. La cicatrice vésicale s'en est dégagée, au point qu'actuellement, six mois après l'opération, le réservoir urinaire peut sans la moindre gêne subir ses alternatives de distension et de rétraction. A partir de ce jour, la sonde est bouchée tout le jour avec un fosset qui est retiré au moment des besoins, environ toutes les deux ou trois heures. Elle sera supprimée définitivement quand le malade, encore très affaibli par sa grippe, pourra circuler librement.

Le 24. — La sonde, gardée par acquit de conscience, n'est plus débouchée que six fois par vingt-quatre heures.

La guérison est cette fois complète. On a vu quelles péripéties désespérantes il a fallu traverser pour arriver à ce tardif résultat.

CALCUL. — *Ensemble.* — Le calcul retiré a la forme d'un ovoïde aplati sur ses faces. Il est de couleur fauve, régulier dans son ensemble, mais un peu chagriné à sa surface. Il ressemble, par son aspect extérieur et son excessive dureté, à un galet et offre le type d'un vieux calcul d'acide urique (*pl. III, fig. 1*). Son poids est de 30 grammes, son diamètre longitudinal mesure quarante-cinq millimètres et trente-huit millimètres son diamètre transversal.

Coupe. — La coupe longitudinale, pratiquée ave

assez de difficulté, vu sa grande dureté, a immédiatement dégagé une forte odeur ammoniacale qui a peu à peu disparu. Cette coupe nous permet de voir la disposition intérieure du calcul dont les deux moitiés rappellent celles d'un abricot fendu en deux. L'une offre en son centre une cavité ovoïde creusée par le noyau qui a suivi l'autre moitié.

La *portion périphérique ou corticale* est identique sur l'une et l'autre surface de section. Elle présente un tissu très compact, formé de couches concentriques extrêmement serrées et mesure une épaisseur d'un centimètre. Au point de vue de la coloration, cette région corticale varie du centre à la périphérie. Plus près du centre existe une zone pâle, couleur chamois clair, mesurant environ six millimètres d'épaisseur. En dehors, la teinte est beaucoup plus sombre, devient marron foncé et présente une étendue de quatre millimètres.

Le *centre* de la coupe montre d'un côté le noyau, de l'autre sa cavité. La *cavité* mesure vingt-cinq millimètres de longueur et dix-huit millimètres de largeur. Sa couleur est jaune citrin, de nuance intermédiaire entre la coloration presque blanche de la zone corticale interne et la couleur très brune de la zone corticale externe (*fig. II*). Le *noyau* mesure quatre millimètres d'épaisseur; sa consistance est dure, mais moindre que celle de l'écorce. Il a éclaté sous la scie; de là vient qu'il est représenté fracturé sur la figure III. Il pèse à peu près le dixième du poids total du calcul.

Analyse. — L'analyse chimique a été faite par M. le professeur agrégé Carles. Voici les quelques lignes qu'il a bien voulu rédiger pour nous à ce sujet :

« Ce calcul, très dur, du moins dans sa partie corticale, est formé :

1° D'acide urique en majeure partie, les neuf dixièmes au moins;

2° D'oxalate de chaux;

3° De traces de phosphate de chaux;

4° De matières organiques, mucus, etc.

Le noyau est moins dense; sa composition chimique

VIEUX CALCUL URIQUE

EXTRAIT PAR LA TAILLE HYPOGASTRIQUE

(D^r E. LOUMEAU)

Fig. I



Fig. II



Fig. III



Pl. III

est analogue, mais il est moins mélangé de sels calcaires. Cette différence de composition dans les diverses parties d'un même calcul, nous semble devoir être la règle, puisqu'elle est subordonnée à la composition de l'urine et que celle-ci, à son tour, varie non seulement tous les jours, mais même à chaque instant, sous l'influence de la nature des aliments et de l'action nerveuse.

La dominante seule dans ces conditions intéresse. On peut dire ici qu'elle est représentée par de l'acide urique raffermi par de l'oxalate de chaux. »

Telle est la trop longue observation de mon malade. Elle renferme plusieurs côtés qu'il n'est pas inutile de mettre en vedette. Je les examinerai successivement, avant, pendant et après l'opération.

Avant l'opération. — Ce calcul, qui par son aspect physique accuse certainement plus de dix-huit mois d'existence, ne s'est guère révélé qu'en janvier 1891, à propos d'une marche fatigante. Antérieurement, il était resté silencieux et caché dans sa loge rétroprostatique, loin du col dont le séparait, en même temps que le lobe moyen de la prostate, la valvule sur laquelle je reviendrai dans un instant. A partir de cette course à pied, il provoque des irritations constantes. Du côté du muscle vésical qui, sans cesse sollicité, s'hypertrophie partiellement, se produisent les colonnes charnues constatées pendant l'opération. Du côté des muqueuses vésicale et prostatique, continuellement agacées par le corps étranger, la congestion s'installe. Elle va fréquemment jusqu'à l'hémorragie révélée par la présence du sang dans les urines. Plus tard, les phénomènes se compliquent d'envies permanentes d'uriner, dues sans doute au déplacement du calcul mobilisé par mon explorateur. Dès lors, au lieu de rester au second plan, le calcul entre directement en scène et commande impérieusement une intervention.

Pendant l'opération. — J'ai constaté l'absence la plus complète de cystite. C'est, comme on sait, la règle chez les calculeux dont la vessie est vierge de cathétérisme septique. En revanche, on a vu combien l'irritabilité de cette vessie cloisonnée la rendait indocile à la distension, ce qui ne m'a permis qu'une injection de liquide de 90 grammes à peine.

Quant à la valvule transversale que j'ai découverte au niveau du col, elle avait été diagnostiquée par le malade lui-même.

On connaît les polémiques passionnées auxquelles donnèrent lieu, du temps de Mercier, les valvules du col de la vessie. Mercier en reconnaissait deux variétés désignées, d'après leur structure, sous le nom de *valvules prostatiques* et de *valvules musculaires*. Une troisième catégorie est admise aujourd'hui, celle des *valvules exclusivement muqueuses*.

Il est difficile de dire, d'après un examen superficiel, à quelle catégorie anatomique appartenait la valvule de mon opéré. Étant donnés sa mince épaisseur et son facile déplacement sous l'influence de l'ondée urinaire, elle me paraît surtout formée par deux replis muqueux entre lesquels doit entrer, s'il en existe, une bien faible couche de tissu prostatique ou musculaire.

Par son siège et sa forme, cette valvule répondait exactement à la *luette vésicale de Lieutaud* et aussi à la déformation du lobe moyen de la prostate dénommée par Guyon *saillie en croupion de poulet*. On comprend qu'une pareille soupape puisse, en certains cas, obturer l'orifice urétral et donner lieu à une variété curieuse de *dysurie prostatique*. Je n'ai pas, ai-je dit, réséqué cette valvule de peur de voir se produire une hémorragie consécutive, principalement au moment de l'introduction de la sonde. D'ailleurs, elle n'avait occasionné aucun trouble avant mon intervention. Il

est fort à présumer qu'elle n'en amènera pas davantage, maintenant que le calcul est supprimé.

Quant à l'infiltration produite dans les tissus pendant l'essai des tubes de Périer, je n'y reviendrai que pour souligner le facile moyen de l'éviter avec une injection poussée sous une très faible pression.

Après l'opération. — Mon malade a guéri, mais au prix d'une longue série de souffrances et d'ennuis dus, en somme (question de grippe mise de côté), à la production d'une *fistule hypogastrique*.

Cette fistule qui nécessita le maintien pendant plusieurs mois de la sonde à demeure n'est pas, il s'en faut, un accident fréquent après la taille haute. Malgaigne cependant lui attachait une grande importance. Dans sa remarquable thèse *sur le parallèle des différentes espèces de taille* soutenue pour le professorat en 1850 ⁽¹⁾, il ne se montre pas très partisan de la taille sus-pubienne. Il lui reconnaît deux dangers capitaux : la blessure du péritoine et l'infiltration d'urine. De plus, la plaie aurait, selon lui, une tendance à ne plus se fermer et à laisser une fistule.

La crainte de Malgaigne est trouvée mal fondée quand on voit sur 260 opérations de taille hypogastrique relevées par Günther ⁽²⁾ un seul cas de fistule urinaire qui s'oblitéra au bout d'un certain temps.

Bouley, dans sa thèse si complète et si documentée, ajoute n'avoir pas vu signaler un seul cas de fistule persistante. Si la plaie, dit-il, reste longue parfois à se fermer, elle finit toujours par le faire, soit à l'aide d'un traitement approprié, soit même spontanément ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Concours pour la chaire de médecine opératoire.

⁽²⁾ Günther. Leipzig, 1851 (cité par Bouley).

⁽³⁾ Bouley. *Étude historique, expérimentale et critique de la taille hypogastrique*, th. Paris, 1883.

Dans notre cas, la fistule fut, en effet, temporaire et céda à l'emploi persévérant de la sonde à demeure. Elle s'était produite un mois après l'opération, par *rupture de la cicatrice* à la suite d'un effort. Cette rupture constitue, ainsi que la fistule, une complication extrêmement rare, dont on retrouve seulement quelques exemples rapportés par Bouley. Entre autres, l'observation particulièrement intéressante publiée par Mercier, en 1869, dans la *Gazette hebdomadaire*.

Quinze jours après la rupture de la cicatrice observée chez mon opéré, c'est un *phlegmon urinaire hypogastrique* qui se déclare, du fait de l'oblitération de la sonde urétrale, entraînant comme conséquence peu éloignée la réapparition de la fistule, un moment cicatrisée.

La pathogénie de ces deux accidents, rupture de la cicatrice et phlegmon urinaire, est facile à expliquer d'après le mode de guérison de la plaie opératoire. Au début, la cicatrice de la paroi abdominale et celle de la vessie sont unies et n'en font qu'une seule. Plus tard, la cicatrice vésicale tend à se dégager de la cicatrice pariétale. Elle s'en éloigne de plus en plus et ne lui est bientôt rattachée que par un tractus inodulaire, très mince et très allongé. Enfin, dans une troisième période de son évolution, la cicatrice de la vessie est totalement indépendante de celle de la paroi.

De là, trois sortes d'accidents bien distincts pouvant succéder à la rupture de la cicatrice vésicale qui suit la taille sus-pubienne.

A la première période, la rupture de la cicatrice vésicale amène la rupture de la cicatrice pariétale avec laquelle elle se confond. Une fistule immédiate en résulte; c'est là le premier phénomène observé chez notre opéré, le 19 septembre.

A la deuxième période, si la vessie vient à se déchirer, cette déchirure n'intéressera pas d'emblée la

cicatrice pariétale dont la sépare une inodule plus ou moins épaisse. Il se produira simplement alors une petite infiltration d'urine dans le cordon cicatriciel qui relie la vessie à la paroi abdominale. Un phlegmon prévésical en résultera auquel succédera, dans un délai variable, une fistule urinaire. C'est la complication notée le 3 octobre dans notre observation.

Entre la première et la seconde fistules, deux différences essentielles sont donc à signaler : apparition immédiate de l'urine à l'extérieur et absence de trajet dans un cas ; au contraire, issue extérieure de l'urine préparée par l'abcès urinaire et existence d'un trajet plus ou moins long, dans la seconde variété.

Je n'ai pas à parler ici des accidents qui suivraient la rupture de la cicatrice vésicale lorsque la vessie a recouvré son entière liberté dans la cavité pelvienne. Ils sont absolument identiques à ceux qui résultent d'une rupture banale du réservoir urinaire et n'ont rien de commun avec le cas actuel.

Une chose pratiquement plus importante que la pathogénie de cette fistule eût été le moyen de la prévenir et d'obtenir ainsi la guérison rapide qu'attendait avec confiance mon opéré.

Prévenir la fistule était, je crois, assez difficile. Comment, en effet, éviter les efforts physiologiques qu'entraîne si fréquemment la constipation des prostatiques ? Comment encore empêcher toujours l'oblitération d'une sonde à demeure ?

Le mieux eût été, semble-t-il, de faire ici la lithotritie en dépit des motifs, plausibles cependant, qui m'avaient décidé à la cystotomie. La lithotritie se fût sans doute montrée, en pareil cas, délicate et laborieuse, mais elle m'eût donné un résultat beaucoup plus prompt. Si, pour une raison quelconque, il m'avait été impossible de l'exécuter, j'avais du moins, après cet essai, toujours la ressource d'ouvrir la vessie.

Aussi — et c'est là l'enseignement que je veux retenir de ce fait — n'hésiterai-je jamais en semblable occurrence à tenter d'abord la lithotritie.

Cette conclusion confirme d'ailleurs entièrement les données classiques condensées par Bazy en ces termes : « La lithotritie reste plus que jamais une opération de choix, la taille une opération de nécessité ⁽¹⁾. »

Le même chirurgien restreint de plus en plus le cadre de la cystotomie, au profit du broiement avec évacuation totale ou litholapaxie.

« La litholapaxie, dit-il au deuxième Congrès français de Chirurgie, qui débarrasse la vessie en une seule séance, place cet organe dans les conditions de la taille avec le traumatisme vésical en moins. Ce procédé est donc forcément le procédé idéal, dans tous les cas où il est possible.

» La possibilité de la litholapaxie dépend étroitement de deux caractères principaux du calcul : de son volume et de sa dureté. Là encore, il est impossible d'établir une règle précise, car ce qui sera faisable par tel chirurgien devient inabordable pour tel autre.

» Nous ne fixerons donc aucune limite au volume du calcul, ainsi qu'on a tenté de le faire ; *la limite, c'est l'habileté de l'opérateur* ⁽²⁾. »

Rapport.

M. Chavoix, au nom d'une Commission, composée de MM. Arnozan, Davezac et Chavoix, lit, sur la candidature de M. Mesnard, un rapport dont les conclusions sont :

1° Déposer honorablement ses travaux imprimés dans les archives de la Société;

⁽¹⁾ Bazy. De la lithotritie rapide en une séance, de la lithotritie à séances prolongées. (*Ann. gén.-urin.*, 1886.)

⁽²⁾ Bazy. Les limites de la lithotritie dans le traitement des calculs vésicaux. Deuxième Congrès français de Chirurgie. (*Sem. méd.*, 1886.)

2° Renvoyer son Mémoire manuscrit au Comité de publication;

3° Mettre l'élection de M. Mesnard à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Voici le travail manuscrit envoyé par le Dr L. Mesnard à l'appui de sa candidature :

Etude sur quelques névralgies symptomatiques et leur diagnostic.

Ce fait, que l'excitation qui porte sur un point du cordon nerveux sensitif est reportée comme sensation à l'extrémité périphérique, a fait penser à quelques physiologistes que, dans la névralgie, l'excitation morbide devait porter sur les noyaux médullaires des nerfs. Ces noyaux, plus spéculatifs que démontrés anatomiquement, siègeraient à la partie postérieure de l'axe gris de la moelle; ils seraient l'origine réelle des racines sensibles.

Excitation des cellules médullaires groupées en noyaux, sensation au niveau des expansions périphériques; quoi de plus conforme, pensait-on, aux données physiologiques?

Malheureusement, une objection se présente de suite à l'esprit; si ces noyaux médullaires existent, et Pierret a voulu les localiser dans les colonnes vésiculaires de Clarke, rien ne prouve qu'ils soient subordonnés à la capricieuse topographie des cordons nerveux. Par exemple, pour mieux fixer les idées, considérons un nerf mixte dont le domaine sensitif soit relativement très circonscrit : le nerf cubital. La partie sensitive de ce nerf innerve les parties internes du coude et du poignet, ainsi que les faces antérieure et postérieure de l'annulaire et du petit doigt. Elle tire son origine de la huitième paire cervicale et de la

première dorsale; elle provient, en outre, de rameaux récurrents qui sont fournis plus particulièrement par son anastomose palmaire avec le nerf médian. Toutes ces fibres sensibles proviennent donc de racines postérieures multiples présentant, par leur insertion en éventail sur la moelle, une hauteur considérable; ce qui ne permet guère de supposer qu'elles se rendent à un noyau unique.

Quel rapport physiologique pourrait-on voir enfin entre la sensibilité du coude, celle du poignet et celle des deux derniers doigts qui puisse faire penser à un groupement rationnel au niveau de la moelle? Par ces considérations, nous voyons que les noyaux sensitifs de la moelle ne doivent pas correspondre au groupement des fibres dans les nerfs périphériques.

Ce n'est pas à dire que je nie l'existence de ces noyaux médullaires; mais, s'ils existent, ils correspondent probablement à des régions physiologiquement plus précises; par exemple, au coude tout entier ou bien au poignet ou encore aux cinq doigts.

C'est ce que nous voyons parfois dans l'ataxie locomotrice progressive, maladie qui affecte la partie postérieure sensitive de la moelle et qui se manifeste dans quelques cas par des symptômes régionaux bien circonscrits, tels que les douleurs anales, les symptômes gastriques, les arthrites dystrophiques du genou.

Je suis entré dans ces détails pour montrer que la théorie, qui veut expliquer la douleur dans la névralgie par l'excitation morbide du noyau sensitif des nerfs, doit *a priori* être considérée comme fausse. Et cependant, telle est la complexité des phénomènes pathologiques que parfois des symptômes douloureux, de nature réflexe, simulent assez bien certaines névralgies, bien qu'alors la substance grise médullaire doive être exclusivement mise en cause.

Dans ces cas, l'excitation de la partie sensitive de l'axe gris médullaire se manifeste par des douleurs périphériques plus ou moins semblables à celles de la névralgie.

Je vais en citer un exemple qu'on peut observer journellement en clinique. Je le qualifie de névralgie, comme c'est l'usage dans la pratique usuelle, bien qu'en réalité ces douleurs névralgiformes présentent des particularités qui les différencient des névralgies vraies.

Si certaines lésions peuvent produire à distance, par acte réflexe, des douleurs névralgiques, d'autres lésions, extrinsèques comme elles, peuvent au contraire agir directement sur un tronc nerveux sensitif ou mixte.

Il est facile de comprendre qu'alors la névralgie véritable sera bien mieux reproduite que dans les faits précédents. Cependant, même dans ce cas, il existe des nuances dans la symptomatologie qui permettent de faire un diagnostic précis. Je les mettrai en évidence au sujet d'une observation qui va suivre.

La névralgie, ai-je conclu plus haut, est bien une maladie du cordon nerveux lui-même et non de ses noyaux médullaires. Si le cordon nerveux est douloureux localement, spontanément par la pression, c'est que, semblable en cela aux autres organes, il a des nerfs spéciaux pour sa vitalité propre et en dehors de ses fonctions de conducteur. Les *nervi nervorum* proviennent peut-être plus spécialement des filets récurrents.

Si la douleur semble le plus souvent se localiser dans les points de Valleix, c'est que probablement les filets récurrents épanouissent leurs terminaisons plus spécialement à ce niveau.

Les filets conducteurs proprement dits ne sont pas épargnés non plus cependant dans cette maladie ; les

terminaisons sensibles et sécrétoires sont affectées, mais semble-t-il plutôt dans la plus grande puissance de la maladie.

Tous les praticiens ont pu observer des faits analogues au suivant : j'ai vu, chez une femme atteinte de rhumatisme noueux, survenir une névralgie cubitale. Lors des crises moyennes, elle ne souffre qu'à la région épitrochléenne, à la région interne du poignet et au niveau de l'éminence thénar; lors des crises violentes seulement, l'extrémité des doigts devient douloureuse.

Ceci, du reste, s'explique assez facilement; plus les filets nerveux sont près de leurs terminaisons et plus ils sont excitables, comme le prouve la petite expérience suivante. Si l'on comprime le nerf cubital dans la gouttière épitrochléenne, on éprouve d'abord une douleur locale; si on augmente la pression, celle-ci s'étend au bord cubital de l'avant-bras, puis au poignet et au bord cubital de la main. Ce n'est qu'après le choc violent du coude sur un corps dur que se produit la douleur violente qui s'étend à l'extrémité des deux derniers doigts et que tout le monde connaît pour l'avoir éprouvée. L'excitation morbide qui produit la névralgie agit de même, elle se manifeste par de la douleur sur les fibres sensibles dont l'expansion terminale est la plus rapprochée de son siège lorsqu'elle est faible.

Dans les sciatiques légères, on souffre de la fesse et de la cuisse; dans les sciatiques moyennes, on souffre, en outre, au niveau du jarret et de la tête du péroné. Lorsque l'excitation morbide est plus forte, la douleur devient plus violente dans les régions que je viens de mentionner, mais en même temps elle envahit la malléole externe ainsi que le bord externe du pied.

Toutes ces considérations sur lesquelles je viens de

m'étendre longuement sont utiles, non seulement pour l'interprétation de la névralgie simple, mais aussi pour celle de certaines névralgies symptomatiques. Dans une des observations qui suivent, on verra la douleur siéger d'abord au niveau du psoas, puis de la région antérieure de la cuisse, puis enfin du condyle interne du fémur et de la face interne du tibia, au fur et à mesure qu'un néoplasme envahissait le nerf crural.

Cette progression même, plus régulière et plus nette que dans les névralgies simples, me semble très utile pour le diagnostic; mais n'anticipons rien.

La première observation que je vous présente rentre dans la catégorie des névralgies réflexes dont j'ai d'abord parlé; dans la seconde, il s'agit au contraire de l'action locale d'un néoplasme sur le nerf crural.

OBSERVATION I.

Anévrysme de l'aorte ascendante proéminent surtout à droite, révélé par des douleurs névralgiques des premières paires cervicales droites.

Saint-A..., âgé de quarante-deux ans, vient à la consultation de la Policlinique le 7 septembre 1892. Il présente quelques symptômes d'alcoolisme léger, mais pas d'antécédents morbides personnels ou héréditaires.

Il se plaint d'une douleur violente au niveau de la protubérance occipitale ainsi que des deux premières vertèbres cervicales. Cette douleur s'irradie au côté droit du cou et parfois, dans les crises violentes, jusqu'à la clavicule droite et même à l'épaule. Le point de départ de la douleur semble au niveau des points médians sus-indiqués; et voici, d'après les indications du malade, les irradiations de celle-ci :

En dehors de la ligne médiane occipitale (branche occipitale),

A l'apophyse mastoïde (branche mastoïdienne),

Vers la région antérieure et latérale du cou (branche cervicale transverse),

Vers la clavicule, pendant les crises violentes (branche sus-claviculaire).

Le côté gauche du cou est indemne de toute souffrance. La douleur est caractérisée par un endolorissement continu, obtus, sur lequel viennent s'enter des crises de douleurs lancinantes excessivement violentes, survenant tous les jours au moins une fois, mais dont je n'ai pas noté la durée moyenne.

En explorant la région douloureuse, je suis surpris de ne trouver aucun point douloureux fixe et dont la pression réveillât l'acuité de la douleur. Un jour cependant, en pressant sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, un peu au-dessus de sa région moyenne, j'ai produit une douleur violente, qui s'est calmée aussitôt. Ce fait ne s'est produit qu'une fois, bien qu'à toutes les consultations j'aie examiné attentivement le malade. En dehors de ce fait isolé et éphémère, aucun des points précédemment mentionnés où s'irradie la douleur pendant les crises aiguës n'est douloureux à la pression même prolongée du doigt; la pression de la protubérance occipitale et celle des deux premières apophyses épineuses est aussi absolument indolente. Cette particularité avait été remarquée depuis longtemps par le malade lui-même.

Pendant mon examen du malade, je suis frappé par la violence des battements artériels. Le pouls présente nettement les caractères du pouls dit *de Corrigan*. Mon attention ainsi appelée sur le cœur, je trouve un souffle intense au second temps et à l'orifice aortique, le premier bruit est rude, râpeux et se prolonge jusque dans la région du cou. Par la percussion, je trouve dans la région aortique une matité considérable qui prédomine surtout à droite et qui mesure environ dix centimètres transversalement. La main ne sent pas de battements, mais seulement un léger *thrill*. Au-dessus de la fourchette sternale, on constate à la vue et au toucher des battements violents. Ils sont produits au niveau d'une tumeur faisant une saillie d'un centimètre et demi au-dessus du thorax. Si on y applique le sthétoscope, on

entend les bruits du cœur, mais remplacés par les souffles signalés plus haut.

Le malade a été traité par l'iodure de potassium et le régime lacté mixte. Il a pris aussi parfois de l'extrait thébaïque. J'espérais, par cette médication, diminuer la tension sanguine et agir directement sur la lésion autant qu'il est possible. Quoi qu'il en soit, après quinze jours de traitement, la douleur a complètement disparu. Le malade se considère comme guéri; mais, bien entendu, il présente toujours les signes non douteux de son anévrisme aortique. Les douleurs névralgiques avaient duré trois ou quatre mois environ; le traitement a donc été réellement efficace, sauf une légère interruption dans la diminution des douleurs, parce que le malade avait cessé intempestivement le traitement vers le neuvième ou le dixième jour. Aujourd'hui, la femme du malade nous dit qu'il se considère toujours comme guéri depuis plus de six semaines; cependant, il continue toujours le traitement.

Le retentissement de l'anévrisme aortique sur les nerfs de la région est habituel; mais les douleurs à distance ne sont pas rares et tous les praticiens ont pu les observer. Par exemple, dans l'anévrisme de la partie supérieure de l'aorte thoracique, des douleurs rachidiennes lombaires s'irradient parfois sur les nerfs rachidiens inférieurs. Quant à l'interprétation théorique de ces faits, elle me paraît assez simple: le plexus aortique, irrité en un point par la tumeur anévrysmale, réagit sur l'axe gris de la moelle épinière, qui localise l'irritation dans un ou plusieurs des noyaux sensitifs dont j'ai parlé précédemment. Les hasards de cette localisation donnent souvent à la douleur une apparence névralgiforme, bien que l'acte morbide soit à proprement parler central et non périphérique. Mais l'analyse clinique ne permettrait-elle pas de déduire quelques lois, indépendantes d'un hasard aveugle? Saint-A..., en effet, souffrait du côté où son plexus

aortique était surtout irrité (anévrisme proéminent à droite, douleurs cervicales à droite). L'étude d'un grand nombre de faits démontrerait s'il est permis de généraliser cette notion.

OBSERVATION II.

Tumeur envahissant les plexus lombaire et sacré et se manifestant exclusivement par des douleurs névralgiques avant d'être accessible à l'exploration.

M. J..., âgé de cinquante ans, demeurant à Caudéran, sans antécédents personnels ou héréditaires, a été atteint d'influenza, dit-il, en octobre 1891. La maladie était guérie, lorsqu'au mois de décembre il est pris de douleurs siégeant au niveau de la fosse iliaque gauche et irradiant jusqu'à la région lombaire et à l'aîne. Après deux semaines d'attente, il fait appeler notre confrère, M. le D^r Aumont (de Caudéran). Celui-ci ne constate pas la présence des points névralgiques indiqués par Valleix dans la névralgie du nerf crural ni le point rachidien de Trousseau, mais une douleur à la pression profonde au niveau du psoas du côté gauche. La palpation ne lui fait rien découvrir; les fonctions digestives et urinaires sont normales. Bien que je ne visse pas encore le malade, le D^r Aumont m'en parlait souvent et me demandait mes conseils.

Peu à peu la douleur se fit sentir au-dessous de l'arcade de Fallope, dans la région antérieure de la cuisse jusqu'au condyle interne du fémur, ensuite jusqu'à la région antérieure et interne de la jambe et au cou-de-pied, mais avec prédominance au niveau de la fosse iliaque gauche.

La douleur est analogue à celle de la névralgie ordinaire; elle est continue et alors tolérable; mais, par crises de plusieurs heures tous les jours, surviennent des douleurs lancinantes des plus pénibles. Pendant tout ce temps, les points de Valleix ne purent être trouvés à la pression ni indiqués par le malade. Après trois mois de souffrances, le sciatique est pris à son

tour, les douleurs s'étendent progressivement jusqu'à la malléole externe. Cet envasissement successif et régulier me faisait affirmer à notre confrère qu'il devait y avoir une cause quelconque de compression au niveau des trous de conjugaison ou plus probablement dans le bassin lorsque le trajet des nerfs crural et sciatique les rapproche suffisamment (psoas et petit bassin); mais ce qui me confirmait surtout dans cette hypothèse, c'est un autre symptôme dont je n'ai pas encore parlé.

Un mois et demi après le début de la maladie, M. J... pouvait marcher sans une canne; après trois mois, à peine s'il pouvait se tenir debout, il était obligé de rester la plupart du temps sur une chaise longue ou au lit. Cette impotence du membre malade était la conséquence d'une atrophie musculaire des plus nettes, malgré l'adipose sous-cutanée qui existait dans ce cas.

Quand je vis le malade au commencement d'avril, c'est à dire trois mois et demi après le début de la maladie, le malade soulevait avec difficulté son membre au-dessus du plan du lit; celui-ci avait une consistance molle, pâteuse; il ne présentait plus les reliefs musculaires si évidents du côté droit. La vue et la palpation suffisaient à faire constater une grande diminution du volume du membre.

Le triceps crural était tellement atrophié qu'on sentait nettement le fémur par la palpation à travers une masse adipeuse. Lorsque le malade faisait effort, la main embrassant ce muscle ne sentait pas de contraction. L'extension de la jambe sur la cuisse était très faible; la flexion de la cuisse sur le bassin très incomplète et très insuffisante; ce qui indique que le psoas iliaque est fortement atteint lui aussi. La flexion de la jambe elle-même se faisait péniblement, bien qu'avec moins de difficulté.

Les muscles de la région postérieure sont moins atrophiés, mais présentent une consistance molle. La contraction ilio-musculaire s'y observe assez nettement. La vue et la palpation indiquent de même l'atrophie des fessiers et des muscles du mollet. Mais c'est surtout

l'état des muscles de la région externe et antéro-externe de la jambe qui indique que le sciatique, bien que pris tardivement, est aussi gravement atteint. Il existe une dépression très profonde à ce niveau. La pointe du pied tombe et ne peut être relevée complètement malgré les efforts. La sensibilité nous a paru diminuée, mais faiblement, sous toutes ses formes et sur toute la surface du membre.

A ce sujet, je dois manifester un regret, c'est de n'avoir pas pu connaître alors le travail récent de Charcot fils, présenté à la Société de Biologie, sur un cas de dissociation de la sensibilité à type syringomyélique consécutive à une compression nerveuse. J'aurais pu rechercher cette symptomatologie intéressante; il n'est pas douteux que, si elle existe habituellement dans les cas que j'étudie, elle est d'une grande utilité pour leur diagnostic.

Actuellement la douleur ne se localise pas sur le trajet des nerfs; du reste, elle est beaucoup moins violente qu'aux deux premiers mois. On ne peut se rendre compte facilement du degré d'atrophie des muscles adducteurs de la cuisse, parce que dans cette région il existe un empâtement œdémateux. En relâchant les parois du ventre par la flexion des cuisses, j'ai pu les déprimer par la palpation et sentir au niveau du psoas une masse dure et bosselée proéminant un peu dans la fosse iliaque interne. On ne sent rien par le rectum.

Un mois après, à une seconde consultation, je trouvais que la tumeur avait pris une extension considérable, malgré le traitement antisypilitique que nous avions essayé, bien que nous n'ayons pas trouvé d'antécédents. On la sent par le rectum, où elle produit un certain degré de compression qui rend les selles difficiles; on la sent dans la fosse iliaque très facilement. La racine du membre en son entier, ainsi que la fesse, présentent l'empâtement œdémateux qui ne faisait que débiter à mon précédent examen. La cachexie s'accuse nettement et la teinte jaune paille devient évidente.

Un mois après, en juin, M. le professeur Lanelongue,

appelé en consultation avec nous, trouva les symptômes précédents encore plus accusés. L'atrophie musculaire a envahi tous les muscles. Il confirme notre diagnostic de cancer comprimant et envahissant les plexus lombaire et sacré du côté gauche.

En résumé, ce malade a été traité pendant trois mois au moins pour une névralgie du plexus lombaire, se manifestant par des douleurs abdomino-génitales et génito-crurales, par des douleurs fémoro-cutanées, par des douleurs pré-tibiales et malléolaires internes (saphène interne); plus tard, sont survenues des atrophies musculaires dans le domaine du nerf crural (le triceps et probablement les adducteurs innervés par le nerf obturateur). Plus tard, le sciatique et ses branches ont été envahis à leur tour (les nerfs fessiers; poplitée interne, poplitée externe); l'atrophie musculaire a été rapide. Mais heureusement les éléments de diagnostic ne nous ont pas plus manqué qu'il n'est d'usage dans les névralgies par compression nerveuse.

D'abord, nous avons eu l'envahissement successif et régulier des rameaux du plexus lombaire, puis ceux du plexus sacré. Rien de semblable ne s'observe dans la névralgie simple qui envahit d'emblée le nerf qu'elle doit atteindre et, dans tous les cas, n'envahit que très irrégulièrement les rameaux terminaux; par exemple, dans la névralgie cubitale que j'ai mentionnée plus haut, les crises violentes s'irradient jusqu'à l'extrémité des doigts ont été observées surtout au début de la maladie; tandis qu'au contraire les crises atténuées, ne descendant pas au-dessous du coude ou du poignet, ont été observées à la fin de la maladie. La régularité de cet envahissement progressif est donc un très utile élément de diagnostic, sur lequel je ne saurais trop insister.

Mais il est une particularité plus importante encore

à noter; je veux parler de l'atrophie musculaire rapide et intense que l'on observe dans ces cas.

Il existe dans la sciatique simple une atrophie bien connue, pouvant amener une faiblesse du membre, ainsi qu'une attitude inclinée toute spéciale, que tous les auteurs décrivent, mais c'est lorsque la névrite remplace la névralgie et surtout lorsqu'elle existe depuis des mois et des années.

Mais rien n'a été observé de semblable comme intensité, comme rapidité et comme marche régulièrement progressive, à ce que nous avons décrit dans l'observation de M. J...

Il était impossible de localiser la lésion dans le canal rachidien où la compression serait bien vite bilatérale; il suffit de le dire sans y insister.

Comme on le voit, on est autorisé à dire que les névralgies par compression des nerfs doivent être rapidement diagnostiquées, dans la généralité des cas, par une observation clinique attentive.

Un mot, pour terminer, sur les névralgies vraies de nature réflexe, lesquelles sont assez rares du reste.

J'ai observé une sciatique grave consécutive, semble-t-il, à une dilatation de l'estomac; cette dernière a été seule traitée et sa guérison a coïncidé avec celle de la sciatique. La sciatique concomitante à la blennorragie est souvent observée. On cite partout une observation où l'ablation d'un polype vaginal a guéri une sciatique. Mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, dans les deux premiers cas, l'auto-intoxication (Bouchard) ou l'infection sont au moins probables. Dans le troisième cas, on est en droit de se demander si, en outre du polype, il n'existait pas une vaginite qui aurait été guérie par les injections consécutives à l'opération, ce qui nous ramènerait à l'infection.

Comme on le voit, les névralgies réflexes sont bien

plus complexes qu'on ne le pensait autrefois, avant les acquisitions de la science moderne.

Enfin, souvent en clinique, on rencontre la pseudo-névralgie réflexe, qui est plutôt un acte médullaire qu'un acte nerveux proprement dit, et devant être rapprochée par conséquent de la première catégorie de faits que nous avons étudiés. Je n'ai pas besoin d'insister pour qu'on comprenne combien fréquemment ces pseudo-névralgies sont étudiées sous le nom de *névralgies réflexes*.

Il existe une autre variété de névralgies sous la dépendance d'une cause locale; ce sont de véritables névralgies dystrophiques; je veux parler des sciaticques qui frappent les membres atteints de varices apparentes ou internes seulement. Je parle de ces dernières dans une leçon clinique publiée par les *Annales de la Policlinique* au mois d'octobre dernier. On sait, comme je l'ai dit, qu'il suffit de rétablir la circulation veineuse des membres pour guérir ces sciaticques; il s'agit donc bien là en réalité d'une névralgie symptomatique des varices et par conséquent je devais la mentionner dans ce travail.

Mais, malgré leur étiologie toute spéciale d'où découle l'indication du traitement, leur symptomatologie et leur évolution, quand elles sont abandonnées à elles-mêmes, sont celles de la sciatique vulgaire.

Je borne ici cette étude qui pourrait être prolongée beaucoup plus. Les névralgies symptomatiques d'un état général, diathésique ou infectieux, demanderaient des développements très considérables qui m'entraîneraient loin de mon but.

La séance est levée.

SÉANCE DU 3 MARS 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Élection.

M. le Dr Mesnard est élu membre titulaire de la Société.

Prima mensis.

Les maladies le plus fréquemment observées dans le mois de février sont la grippe et la variole.

Folliculite bucco-pharyngée.

M. Davezac regrette de n'avoir pas aujourd'hui sous la main le malade qu'il montrera ultérieurement à la Société. Il se contentera de rappeler son histoire, intéressante à la fois par la rareté de l'affection observée et par l'efficacité rapide du traitement institué. Il s'agit d'un employé de commerce de vingt-huit ans, vierge de tout antécédent syphilitique ou tuberculeux, mais vivant dans des conditions peu confortables. Il y a quelque temps, il eut un kyste salivaire de la lèvre que guérit une opération. Peu après il présenta, à la face antérieure du voile du palais, plusieurs ulcérations inégales de largeur, creuses, taillées à pic, indolentes et inodores. Toutes ne présentaient pas absolument le même aspect : les unes plus anciennes, les autres plus récentes, quelques-unes enfin non encore formées. De là, la possibilité d'étudier sur le malade la filiation des accidents qui, débutant par une vésicule à contenu louche, étaient ensuite caractérisés par une ulcération due à la rupture de la petite poche et qui donnaient lieu à la plaie cratériforme de la lésion confirmée. De petits ganglions engorgés de chaque côté; pas de fièvre, mais un notable affaiblissement de l'état général. Éliminant

sans la moindre arrière-pensée les hypothèses de stomatite ulcéro-membraneuse, de syphilis et de tuberculose buccale, comme aussi d'épithélioma, M. Davezac restait fort perplexe sur la dénomination exacte à donner à cette affection dont il ne se rappelait pas avoir rencontré d'exemple. Des lotions pratiquées avec la solution suivante :

Acide borique	} à 10 à 20 grammes.
Teinture d'eucalyptus..	
Chlorate de potasse....	
Alcool camphré.....	
Eau.....	Un litre.

n'amènèrent aucune modification. Le traitement anti-syphilitique essayé par acquit de conscience, sur les conseils d'un chirurgien, ne fut pas plus heureux. De guerre lasse, M. Davezac toucha ces ulcérations au thermocautère et la guérison s'ensuivit immédiatement. Quatre poussées ultérieures, dont une atteignit l'amygdale gauche et une autre la face inférieure de la langue, se présentèrent sous les mêmes apparences : même forme de l'ulcération, même engorgement ganglionnaire, même apyrexie, même indolence, même faiblesse générale. Chaque fois le thermocautère fit merveille.

D'accord avec M. Cassaët, M. Davezac croit qu'il s'agit ici d'une lésion des follicules clos isolés, qui forment devant l'isthme du gosier une guirlande sur laquelle a justement insisté M. Jeanselme. Ces follicules ont la même structure que l'amygdale et paraissent, comme cette dernière, avoir été atteinte actuellement. Aussi M. Davezac propose-t-il de dénommer cette affection, extrêmement curieuse et rare, *folliculite bucco-pharyngée*. Il tient à insister sur l'efficacité si prompt de la cautérisation ignée. Quant au liquide extrait de ces petites vésicules avant leur rupture, il a été soigneusement examiné par M. Cassaët qui n'y put trouver aucun microbe. Toutes les cultures furent négatives.

M. Méneau ne croit pas aisé de porter un diagnostic sur ce malade, sans le voir. Il pense pourtant que la dénomi-

nation de *folliculite* appliquée par M. Davezac à l'affection actuelle n'est pas à l'abri de toute critique. Le mot *folliculite* s'adresse beaucoup plus aux lésions des follicules pilo-sébacés qu'à celles des follicules clos dont a parlé Jeanselme. Dans le cas dont il vient d'être question, M. Méneau voit plutôt un exemple de l'affection appelé par Bazin *hydroa vacciniiforme*, analogue à l'herpès successif chronique. Même aspect des cicatrices, même chronicité récidivante, malgré la cautérisation ignée qui pourtant guérit net la lésion. Il doit y avoir dans ces circonstances un terrain arthritique contre lequel l'usage des alcalins doit être conseillé. Ce traitement, répondant à une indication causale, est seul susceptible de prévenir la réapparition des poussées herpétiques.

M. R.-Saint-Philippe partage entièrement l'avis émis par M. Méneau et croit qu'il s'agit ici d'un herpès récidivant de la gorge. Le mot *herpès* est à coup sûr un peu vague et prêterait à revision, car il sert à désigner des lésions bien diverses. Tantôt il s'agit d'érosions passagères et très superficielles, tantôt l'on a affaire à des ulcérations plus graves, qui creusent et prennent parfois un aspect gangréneux. Ces herpès frappent souvent à la fois les organes génitaux et la muqueuse buccale et simulent à s'y méprendre les ulcérations syphilitiques et tuberculeuses. Dans un cas rapporté récemment par M. Fournier, la mort suivit un herpès vulvaire à évolution gangréneuse.

M. W. Dubreuilh admet bien que le mot *folliculite* incriminé par M. Méneau n'est pas absolument justifié dans le cas de M. Davezac, mais cela n'a pas grande importance, étant donné qu'on ne sait pas en somme si la lésion siège dans les follicules clos ou dans les glandules de la muqueuse. Pour lui, l'on a affaire ici à un cas d'herpès récidivant de la bouche, affection étudiée il y a quelques années, chez les syphilitiques, par M. Fournier. Cet auteur n'envisage, dans sa Clinique, que les herpès atteignant la muqueuse buccale des syphilitiques pour mettre en garde contre l'adminis-

tration, en pareil cas, du mercure qui fait beaucoup plus de mal que de bien. Plusieurs cas d'herpès de la bouche et de la verge ont été observés par M. W. Dubreuilh et l'un d'eux a été publié par M. Sabrazès dans les *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*. Tous ont avec le fait observé par M. Davezac beaucoup d'analogies. Celui-ci paraît néanmoins s'en écarter un peu par trois points : limitation de la lésion à l'isthme du gosier, longue durée de l'affection qu'il est rare de voir persister six semaines quand il s'agit d'herpès, enfin tendance creusante de l'ulcération. Malgré ces particularités, le diagnostic à porter chez le malade dont il vient d'être question paraît bien être celui d'herpès récidivant de la bouche.

M. W. Dubreuilh s'étonne de voir la stérilité des cultures faites avec le liquide retiré des vésicules de ce malade. En général, on devrait être plutôt gêné par la grande abondance et l'excessive variété des microbes de la bouche que par leur absence.

M. Méneau croit se rappeler que, dans les trois observations rapportées par Bazin, il y avait eu des poussées amygdaliennes.

M. Davezac remercie ses collègues de l'intérêt qu'ils ont bien voulu porter à sa communication et des savantes réflexions qu'elle leur a suggérées. Il tient à dire que s'il n'a pas prononcé le mot d'*herpès buccal*, c'est parce que rien dans les symptômes de l'affection observée par lui ne semblait se rapporter à des ulcérations herpétiques. Pour ce qui est du résultat négatif des cultures faites par M. Cassaët, il est indiscutable.

M. R.-Saint-Philippe estime qu'il y aurait peut-être lieu d'examiner les urines du malade dont la constitution expliquera sans doute la persistance et la réapparition des ulcérations. Ordinairement, en effet, l'herpès vulgaire est bénin, guérit rapidement, surtout s'il n'est pas irrité par des cautérisations, d'ordinaire plus nuisibles qu'utiles. Quand l'herpès prend une marche envahissante et qu'il creuse profondément les tissus, il y a souvent à incriminer un traitement malencontreux.

M. W. Dubreuilh insiste sur la distinction qu'il est nécessaire d'établir entre les variétés d'herpès buccaux. Il y en a deux grandes catégories bien différentes. L'une, à forme aiguë, fébrile, comprend les angines herpétiques; elle est identique à ces herpès que l'on rencontre sur les lèvres, au décours de maladies aiguës, telles que la pneumonie, ou bien à ceux s'accompagnant d'élévation thermique et désignés sous les noms d'*herpès fébrile*, de *fièvre herpétique*. L'autre forme d'herpès est indolente, apyrétique, apparaissant sans raison appréciable et récidivant souvent. C'est à cette forme que doit être rattaché l'herpès récidivant buccal, identique à l'herpès récidivant génital. Elle est restée jusqu'à ce jour rebelle à tous les traitements proposés.

M. R.-Saint-Philippe n'a pas entendu parler ici de l'herpès, maladie aiguë, fébrile. C'est uniquement à la seconde variété qu'il a fait allusion, car c'est cette dernière qui pouvait seulement être invoquée à propos du cas présenté par *M. Davezac*. Il partage, d'ailleurs, entièrement l'opinion émise par *M. W. Dubreuilh* au sujet des distinctions rappelées précédemment.

M. Dunogier demande à *M. Davezac* si l'on a examiné la dent de sagesse chez ce jeune homme. Souvent, en effet, l'on voit des stomatites persistantes et récidivantes produites par une cause dentaire et disparaître avec la suppression de cette cause.

M. Davezac n'a trouvé du côté de la dentition rien qui puisse expliquer la pathogénie des ulcérations chez son malade. En outre, au lieu d'aggraver le mal, comme cela arriverait quelquefois, ainsi que le faisait observer tout à l'heure *M. R.-Saint-Philippe*, la cautérisation a constamment et très vite guéri ces ulcérations.

Rapport.

M. Villar, au nom d'une Commission, composée de MM. Demons, Moreau et Villar, lit, sur la candidature de *M. Ferron*, un rapport dont les conclusions sont :

1° Déposer honorablement dans les archives les ouvrages de *M. Ferron*;

2° Renvoyer son travail manuscrit au Comité de publication ;

3° Mettre le vote sur la candidature de M. Ferron à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Voici le travail envoyé par le Dr Ferron à l'appui de sa candidature :

Tout abcès du foie ouvert dans la poitrine doit être traité par l'incision large des parois thoraciques.

Le 14 octobre 1885, M. Perrin, médecin inspecteur des armées, voulut bien présenter en mon nom, à l'Académie de Médecine, une observation d'hépatite suppurée traitée par la méthode de Stromeier-Little. L'officier qui en était le sujet, entré mourant dans mon service, en sortit guéri d'un abcès du foie qui ne contenait pas moins de 2,800 grammes de pus ; il est retourné depuis aux colonies, il a été mis à l'ordre du jour au Tonkin pour un fait d'armes, affirmant ainsi sa validité.

J'ai publié, en 1887, dans la *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, une statistique réunissant quarante-sept observations de collections purulentes hépatiques traitées par la même méthode. Je joins à ma présentation un exemplaire de cette publication.

Depuis cette époque, de nombreux travaux ont paru sur la même matière ; les observations se sont succédé et, tandis qu'en 1873, M. le Dr Mayet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, écrivait : « L'incision simple est le plus mauvais des procédés dans le cas d'abcès profond du foie (1), » en 1891, le Dr Fontan disait, à la Société de Chirurgie de Paris dans la séance du 23 novembre : « L'ouverture large, avec traitement antiseptique, n'est plus en question aujourd'hui. »

(1) *Contribution clinique à l'étude des abcès du foie.*

Cette affirmation, en opposition formelle avec la première, est basée sur les faits qui sont venus affirmer les avantages de la méthode suivie dans l'Inde par les médecins anglais, que M. Rochard exposa dans une communication faite à l'Académie de Médecine en octobre 1880.

Je ne viens pas vous retracer tout ce qui a été publié à ce sujet, mais permettez-moi de vous rappeler quelques travaux écrits depuis la publication de ma statistique.

1^o Mai 1887. *Revue de Chirurgie*. — Mémoire du Dr Mabboux. Conclusions : La méthode de Little doit devenir la méthode générale pour le traitement de l'hépatite suppurée.

2^o Novembre 1887. *Archives de Médecine militaire*. Dr Ramonet. Modifications à la méthode de Little ; à propos d'une observation d'hépatite suppurée.

3^o 1887. *Archives de Médecine navale*. — Drs Félix Thomas et Gustave Regnaud, à l'hôpital Saint-Mandrié, Toulon. Deux observations d'abcès du foie.

4^o Mars 1888. Dr Accolas. Congrès de Chirurgie.

5^o 1888. Dr Brossier. Thèse de Paris. *Des abcès du foie expectorés*. Il n'accepte l'intervention que dans les cas extrêmes, lorsque le traitement médical et les ponctions sont restées impuissantes.

6^o 1889. Rapport de M. Rochard, Académie de Médecine, séance du 25 juin 1889. Sur le travail de M. Chauvel, relatif à quatre abcès du foie traités par l'incision directe.

7^o 1889. Grémillon. Thèse de Paris contenant : a) 5 observations du Dr Demler ; b) 1 du Dr Gueschwind ; c) 2 du Dr Malbot ; d) 1 du Dr Bassompierre ; e) 4 du Dr Chauvel. Il y est dit : Le lavage et les pansements multiples augmentent la durée du traitement, sans aucun bénéfice pour l'opéré.

8^o 1889. *Archives de Médecine navale*. — Dr H. Gi-

rard. Hépatite suppurée multiple; évacuation du pus par l'intestin et les bronches; intervention; guérison.

9° 1890. Rapport de M. Chauvel. Société de Chirurgie, août 1890. D^{rs} Barthélémy, médecin principal de la marine, et Bernard, médecin aide-major. Tunis. Sur deux nouveaux cas d'abcès du foie traités par l'incision large.

10° 1890. D^r Bertrand (12 obs.). Relevé statistique des abcès du foie opérés par la méthode de Stromeyer-Little, de 1882 à 1889, dans les hôpitaux de la marine à Toulon.

11° 1890. *Archives de Médecine navale*. — D^r Léo. Deux observations recueillies à l'hôpital maritime de Cherbourg.

12° 1890. D^r M. Hache, professeur de chirurgie à la Faculté de Médecine de Beyrouth. Quatre observations d'abcès du foie traités par l'incision franche. Académie de Médecine, 22 juillet.

13° 1890. D^r Le Dantec. Thèse de M. L'Helgouach. Observation recueillie à la Nouvelle-Calédonie; guérison après un mois.

14° 1891. D^r Boinet. Appréciation de la méthode de Stromeyer-Little basée sur l'examen de 78 opérations qui donnent 60 guérisons. Congrès de Marseille.

15° 1891. *Archives de Médecine navale*. — D^{rs} Léo et Solland. Deux observations.

16° 1891. D^r Legrand. L'hépatite suppurée à la Nouvelle-Calédonie. Conclusions : opérer, opérer encore, opérer toujours.

17° 1891. D^r Peyrot. Deux observations; incision large. Communication à la Société de Chirurgie.

18° 1891. *Archives de Médecine navale*. — D^r Cauvy. Observations de dysenterie et d'hépatite suppurée; ouverture par la méthode de Little; guérison.

19° 1891. D^r Ch. Monod. Traitement des abcès du foie par l'incision. Deux observations. Société de Chirurgie, 30 décembre 1891.

20° *Archives de Médecine navale*. — D^r Clarac. Observations d'abcès du foie recueillies dans les hôpitaux de la Martinique.

21° 1892. D^r Fontan. Grands abcès du foie; curettage. Société de Chirurgie de Paris, séance du 27 juillet.

22° 1892. D^r Tuffier. Abcès du foie; hépatotomie. Société de Chirurgie de Paris, séance du 12 novembre.

Je n'ai groupé ici que les observations françaises, j'aurais pu en relever à l'étranger un nombre encore plus considérable.

Je ne m'occuperai pas des qualités du pus hépatique, des recherches bactériologiques faites par Genes et Kirmisson, par Kartulis, par Veillon; pas plus que des conclusions du D^r Peyrot, rapportant l'innocuité de la méthode de Stromeier-Little à l'absence des microbes pyogènes causant habituellement les accidents septiques (Société de Chirurgie de Paris, 7 janvier 1891); d'où cette déduction: l'ouverture large des abcès du foie ne devra être pratiquée que lorsqu'on aura constaté dans le pus l'absence de microbes.

Je n'insisterai pas non plus sur toutes les divergences relatives à la technique opératoire: opération en un seul ou en deux temps (Robert); incision couche par couche ou ponction et large incision divisant d'emblée tous les tissus jusqu'au foyer.

Je ne discuterai pas l'opportunité ou la non-utilité des lavages répétés (ils sont favorables, dit Mabboux; ils sont nuisibles, d'après Grémillon) et non plus celle du curettage.

Me basant sur les résultats relevés dans les nombreuses observations recueillies durant ces dernières années, je crois pouvoir répéter que: l'ouverture large des abcès hépatiques fermés est, comme celle de toute autre collection purulente, passée à l'état d'*axiome*.

Cette pratique doit-elle être étendue aux abcès qui

se sont déjà fait jour dans les bronches? Il me semble qu'à leur sujet, l'entente des praticiens n'est pas encore entièrement faite.

Laissant de côté les travaux antérieurs à 1888, je m'arrête à la thèse du Dr Brossier; il n'accepte l'intervention que dans les cas extrêmes, lorsque le traitement médical et les ponctions sont restés impuissants.

Le Dr Grémillon (1889) est plus affirmatif; à aucune période de la maladie, il n'y a contre-indication à l'opération de Little; en effet, dit-il, si l'ouverture de l'abcès du foie dans les bronches a été considérée comme une terminaison favorable, il n'en est pas moins établi que la moitié des cas où le pus se fit jour dans les bronches s'est terminé par la mort; tandis que la mortalité de la méthode de Little est de 10 %; et il est également certain que lorsque le malade survit à l'expectoration de l'abcès, c'est au prix de longues souffrances.

Au Congrès de Marseille de 1891, le Dr Boinet nous apprend que « l'on compte 71 faits de communication de la plèvre avec le foyer hépatique; 89 observations de lésions pulmonaires concomitantes et 65 d'ouverture par les bronches.

» Lorsque l'abcès communique avec les plèvres, les bronches et les clapiers sous-cutanés, l'intervention opératoire ne donne guère de bons résultats; en pareil cas, l'incision large avec résection costale aurait pu être dirigée contre la collection purulente du foie et de la plèvre; ce fait montre la nécessité de faire vite le diagnostic de l'abcès du foie et d'opérer hâtivement par la méthode de Little. » (*Revue de Chirurgie.*)

Le Dr Legrand, insistant (*loc. cit.*) sur la nécessité de l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hépatite, pose la question suivante : Doit-on opérer les abcès ouverts spontanément soit dans les intestins, soit dans les poumons, soit à l'extérieur?

Il est certain, dit-il, que la migration du pus dans l'intestin peut amener la guérison dans certains cas et que l'on comprend assez bien la tendance que l'on a eu à essayer ce moyen de salut. Combien, cependant, doit être limitée la confiance du médecin traitant dans l'ouverture spontanée !

Dans 133 observations, on a noté 22 fois l'ouverture spontanée; 14 fois elle a eu lieu dans les bronches; 8 fois dans l'intestin. Pour les premiers, on compte trois terminaisons heureuses et l'une d'elles a trait à un petit abcès expectoré en un jour ou deux; on voit donc combien est précaire le concours apporté par la nature.

Et il conclut, en disant : Nous n'hésiterions pas à l'avenir, dans le cas de pus nettement collecté, filtrant à travers les bronches ou l'intestin, à agir activement.

La détermination de M. Legrand me paraît entièrement justifiée par le résultat de mon intervention dans deux cas d'abcès du foie ouverts dans la poitrine.

Je vous demande la permission de vous communiquer *in extenso* ces deux observations; elles sont très instructives.

OBSERVATION I.

J'ai reçu dans mon service, le 16 novembre 1890, le nommé F..., maréchal des logis d'artillerie de marine, âgé de vingt-huit ans. Arrivé au Soudan en septembre 1889, F... fut atteint à Kita, au mois de mars 1890, d'une dysenterie qui dura un mois.

En juin, des douleurs violentes se localisèrent dans la région du foie; elles furent combattues, à trois reprises, par des applications de sangsues et par des vésicatoires.

Pendant le mois d'août, elles s'étendirent à l'épaule droite, aux régions dorsale et lombaire du même côté.

L'apparition d'une tumeur, développée dans l'hypocondre, décida l'envoi de ce sous-officier à Saint-Louis, puis son hospitalisation à Dakar (22 octobre).

Le 7 novembre survinrent d'abondants vomissements purulents, auxquels succéda une expectoration continue de crachats de même nature; la tumeur disparut, mais l'état général s'altéra profondément; les selles, non diarrhéiques, se maintinrent normales.

Le jour de l'entrée à l'hôpital de Bordeaux, l'anémie était poussée au dernier degré; la décoloration des tissus, l'affaiblissement général extrême, l'expectoration incessante de couleur chocolat, accusaient une lésion grave du foie.

L'exploration de cet organe indique cependant des dimensions normales; il n'existe en avant ni voussure ni matité exagérée.

En arrière, on constate la présence d'une tuméfaction étendue de la sixième côte aux dernières fausses côtes, occupant en largeur l'espace compris entre la ligne axillaire et une ligne passant par l'angle inférieur de l'omoplate.

A ce niveau, la pression est douloureuse, la palpation rencontre de l'empâtement dans les deux tiers supérieurs et une sensation assez vague de fluctuation à la partie inférieure.

Cette région est mate et occupée par des frottements pleurétiques vers la limite supérieure. Les vibrations thoraciques sont nettement perçues, des râles bulleux s'entendent dans toute la poitrine.

Bien que la température s'élève tous les soirs à 38°, l'appétit est encore assez bien conservé.

Le 22 novembre, voyant que l'état de F... s'aggrave, je le décide à se laisser opérer.

Chloroformisation; précautions antiseptiques. Une ponction, faite au bistouri sur le bord supérieur de la neuvième côte, livra passage à une faible quantité de pus grisâtre; l'incision est agrandie aux ciseaux dans l'étendue de dix centimètres.

Les côtes, dépouillées en partie de leur périoste, présentent des bords irréguliers; le huitième espace intercostal est élargi.

L'index pénètre librement dans une double cavité;

l'une est comprise entre la paroi thoracique, le poumon et le diaphragme auquel adhère cet organe; l'autre, dans laquelle donne accès un orifice aux bords rigides percé dans le diaphragme, est creusée dans le foie.

Il s'en échappe un flot de pus crémeux, mélangé de matières partie grisâtre, partie lie de vin.

Des lavages à l'eau boriquée sont continués jusqu'à ce qu'ils n'entraînent plus ni pus ni fragments de tissu hépatique nécrosé que le doigt a cherché à détacher. Dans les efforts de toux, le liquide est rejeté à distance avec un bruit qui accuse le passage de l'air du poumon dans la cavité.

Le drainage est assuré à l'aide de deux gros tubes, passant l'un à travers le diaphragme dans le foyer hépatique, l'autre dans la cavité costo-pulmonaire, fixés entre eux par une épingle de sûreté et à la peau par un crin de Florence.

Un pansement humide au sublimé recouvre la plaie et une épaisse couche d'ouate enveloppe tout le tronc.

Dans la journée, le malade, affaîssé, sommeille, prend du bouillon, du lait, du vin de Banyuls et du thé alcoolisé. La température est de 37°. Pas d'expectoration.

Le 23. — Nuit bonne, l'opéré demande à manger. Le pansement sali est changé.

Le 24. — Nuit mauvaise; le malade est énervé, se plaint; il n'a rendu que 200 grammes d'urine boueuse. Le pansement n'est levé que dans la soirée, je suis obligé de raccourcir les drains de trois centimètres.

Le 25. — Nuit rendue calme par 10 centigrammes d'opium; pas d'expectoration; pas de selle depuis l'opération; très peu d'urine. Les drains ont été chassés dans le pansement; celui qui draine le foie est seul remplacé.

Le 26 et jours suivants. — Fonctions normales ni toux ni expectoration.

Le 30. — Écoulement toujours abondant; le gros drain, mal supporté, est remplacé par un autre de plus petit calibre.

Le 8 décembre. — L'introduction du drain provoque

une douleur qui persiste longtemps après le pansement et le malade adopte le décubitus abdominal.

Le 9 et jours suivants. — Plus de douleurs; le drain est fixé dans la cavité.

Le 16. — La suppuration est toujours assez abondante, mais elle n'est plus colorée en rouge; la plaie tend à la cicatrisation, bien que les lèvres restent décolorées; le drain, qui a été diminué progressivement, pénètre difficilement. L'état général est fort amélioré, bien que l'anémie persiste.

Dans la nuit du 25 au 26. — Expectoration de deux crachats hépatiques. Malaise général; urines rares, fortement chargées. Je rapporte ces accidents à la rétention du pus et j'assure le drainage du foyer.

Le 27 et jours suivants. — Crème hépatique, abondante sur le pansement. Amélioration sensible.

Rien à noter en *janvier*; la diète lactée, qui a été tentée à plusieurs reprises, est péniblement supportée, à mon grand regret.

Les 25 et 26 janvier. — Encore un crachat teinté.

Le 1^{er} février. — Le malade a repris des forces; la diarrhée a disparu depuis le 15 janvier; la suppuration devient négligeable.

Le 9. — L'appétit, l'embonpoint se prononcent; la toux, l'expectoration sont supprimées; l'urination est normale.

Je signe l'exeat réclamé par le malade, qui déclare ne pouvoir plus supporter le séjour de l'hôpital.

Localement, le pansement, renouvelé tous les jours, est taché par du pus rougeâtre, mais en très faible proportion.

Le 3 et le 20 mars. — J'ai reçu des nouvelles de F...; le voyage a été assez bien supporté, mais la fièvre a reparu ainsi que l'expectoration hépatique.

Du 10 au 18 mars. — Des lavages sont chaque jour faits dans le foie et l'amélioration survient aussitôt.

Le 7 avril. — Une lettre m'annonce la cicatrisation de la plaie opératoire.

Le 24. — Le rétablissement est si complet que le ma-

lade a entièrement oublié ses souffrances. La guérison m'a été de nouveau confirmée en janvier 1893.

OBSERVATION II.

Le nommé G..., âgé de vingt-sept ans, deuxième soldat, clairon au 6^e régiment d'infanterie de marine, entre à l'Hôpital militaire de Bordeaux le 23 octobre 1892.

Cet homme n'avait jamais été malade ni en France ni au Tonkin, où il a fait un séjour de trois ans.

Arrivé au Sénégal en octobre 1891, il est, vers la fin de juin 1892, dirigé sur le poste de Madam établi sur le Haut-Fleuve; il y fut atteint de dysenterie légère et, le 14 juillet, de malaise général avec perte d'appétit; cinq jours plus tard, il ressentit dans tout le foie, mais plus particulièrement en un point situé sur le milieu d'une ligne reliant le mamelon à l'appendice xyphoïde, des douleurs violentes avec irradiations vers l'épaule.

Évacué sur l'ambulance de Potor, établie sur un ponton au milieu du fleuve, il y séjourne un mois et, tandis que les douleurs disparaissent, que l'appétit renaît, l'hypocentre droit augmente de volume; la fièvre survient, le malade s'affaiblit et s'anémie rapidement.

Le 20 août, se déclare une très abondante expectoration de crachats bruns, d'odeur fétide, de goût infect; la tuméfaction diminue.

G... est alors dirigé sur l'hôpital de Saint-Louis. Là, il se sent mieux, mais une nouvelle atteinte de dysenterie vient augmenter la débilitation générale; la fièvre augmente, variant de 38° à 39°5.

Après quelques jours d'accalmie, on l'envoie à Dakar; il y passe, à l'hôpital, du 7 septembre au 14 octobre; il est rapatrié à cette date. La traversée est très pénible; après des excès d'alimentation, l'expectoration devient plus abondante; G... s'alite jusqu'à son arrivée à Bordeaux; on le transporte à l'hôpital le 23 octobre.

L'anémie est profonde, marquée par la décoloration des tissus, par la perte des cheveux; l'amaigrissement

est effrayant et cependant le malade mange, il n'a pas de diarrhée; peu de température (37°5). La toux est si constante qu'il ne peut, un seul instant, supporter le décubitus dorsal; jour et nuit, assis à demi, il expectore des crachats formés de pus hépatique.

La rate ne paraît pas augmentée de volume, mais il n'en est pas de même du foie; la matité remonte en arrière jusque près de l'angle inférieur de l'omoplate; l'auscultation révèle dans toute la poitrine de gros râles et une respiration supplémentaire.

En avant, la matité remonte à deux centimètres au-dessous du mamelon; elle dépasse très peu le rebord des fausses côtes.

La percussion produit dans le cinquième espace intercostal, à égale distance du sternum et du mamelon, un bruit hydroaérique et, de temps en temps, on perçoit en ce point à l'auscultation un gros gargouillement.

Le diagnostic n'était pas douteux; G... était porteur d'un abcès du foie qui, le 20 août, s'était ouvert dans le poumon.

L'état du malade s'aggravant, l'intervention réclamée fut pratiquée le 5 novembre sous chloroforme.

La région hépatique, soigneusement aseptisée, un trocart n° 2 Potain fut plongé dans le cinquième espace intercostal, en dedans de la ligne mammaire; enfoncé jusqu'à la garde, il ne donna qu'une ou deux gouttes de sang. L'instrument fut alors porté dans le quatrième espace intercostal et rencontra très profondément une collection purulente; une incision de huit centimètres fut aussitôt tracée sur la cinquième côte, divisant les tissus couche par couche; l'ouverture de la cage thoracique fut marquée par un sifflement prolongé et par le refoulement momentané du poumon, suivi d'efforts de toux pendant lesquels cet organe se précipitait vers l'espace intercostal.

L'index gauche, en le refoulant, reconnut des adhérences qui le reliaient au diaphragme, mais en aucun point il ne put rencontrer la sensation donnée par un foyer purulent.

Ne voulant pas agir en aveugle, je fis deux incisions perpendiculaires aux extrémités de la première, formant un large lambeau de parties molles; je réséquai la cinquième côte, dans l'étendue de cinq centimètres environ.

Malgré la large ouverture ainsi formée, je ne découvris pas le foyer; je le cherchai de nouveau au trocart; j'incisai le diaphragme en côtoyant les adhérences pulmonaires et, après avoir sectionné une épaisse couche de tissu hépatique, j'ouvris l'abcès; il s'en échappa, avec une violence causée par les efforts de toux, du pus, de la bouillie hépatique en grande quantité; la cavité énorme occupait le bord postéro-supérieur du lobe droit.

Un lavage au sublimé au $\frac{1}{1000}$ la détergea; deux tubes accolés et fixés aux lèvres de la plaie, réunie en partie, assurèrent le drainage et permirent un deuxième lavage à l'eau bouillie et boriquée, ayant pour but d'entraîner l'excès de sublimé.

Pendant l'application d'un large pansement antiseptique, le malade continue à dormir, il paraît refroidi, son pouls est à 64. Transporté dans son lit, il y est réchauffé. Prescription : champagne, thé alcoolisé, lait.

Le 6. — Nuit agitée; température, 36°8; pas de toux; pas d'expectoration; selles diarrhéiques nombreuses entraînant le déplacement du pansement qui est renouvelé, bien qu'il soit peu souillé. Prescription : lait, champagne, opium.

Le 7. — Nuit bonne; température, 37°2. Le malade se sent mieux.

Le 8. — Diarrhée persistante. Prescription : bismuth opiacé, lait.

Le 9. — Suppression de quinze millimètres de tube.

Le 10. — Section du crin qui les fixait à la paroi.

Le 11. — Le pansement, taché de pus sanglant, est renouvelé; les tubes sont raccourcis. Le malade ne veut plus de lait; il réclame du boudin, des saucisses, du vin.

Le 12. — L'amaigrissement paraît s'accroître davantage; G... est un véritable squelette et cependant sa vitalité se réveille. Depuis l'opération, il n'a plus exppec-

toré un seul crachat teinté; il ne tousse plus, mais les selles sont encore diarrhéiques.

Le 14. — Écoulement assez considérable de pus.

Le 15 et jours suivants. — G... devient très exigeant, réclame des aliments qui ne peuvent lui être accordés, il ne peut comprendre l'utilité du régime lacté.

Le 19. — Il prend froid, contracte une bronchite et pendant quelques jours la température dépasse la normale.

Le 27. — Pendant le pansement, tandis que l'épingle qui relie les deux tubes est enlevée pour permettre de les sectionner, une quinte de toux se déclare; l'un des deux tubes, le plus court, mesurant cinq centimètres environ, est aspiré et disparaît dans la cage thoracique; je n'ai pu le retrouver ni dans mes recherches immédiates ni dans celles que je renouvelai le surlendemain.

Le rétablissement s'est graduellement fait.

Le 10 décembre. — Le second drain est supprimé; le malade se lève, mange énormément, commence à prendre un peu d'embonpoint.

Mais le 19 janvier, il reste trop longtemps exposé au froid, est pris de fièvre, tousse; la poitrine est remplie de râles sibilants.

Le 23. — Du pus sort en abondance de la plaie qui ne laissait plus passer qu'une sonde cannelée.

Ces accidents, qui faisaient craindre une pleurésie purulente, disparaissent rapidement. G... demande avec instance à partir.

Le 7 février. — Il sort. Je note un suintement négligeable, de la submatité occupant la partie inférieure du thorax, s'élevant un peu plus latéralement; la respiration est normale dans toute la hauteur. La mensuration du thorax, au niveau des mamelons, accuse une rétraction de deux centimètres à droite.

G... est guéri ⁽¹⁾.

Lorsque ce malade est entré dans mon service, je comptais ouvrir la cage thoracique en arrière, en rai-

(1) Revu le 10 avril, G... a pris un embonpoint qui le rend méconnaissable, il ne se ressent plus de l'atteinte grave qu'il a subie.

son de l'étendue de la matité : mais me laissant guider par la persistance de la douleur en avant, par la présence du son hydroaérique et du gargouillement, j'ai incisé en avant; la nécessité d'agir à ciel ouvert m'a fait réséquer une partie de la cinquième côte; l'intervention a été favorable; pas un seul moment d'élévation thermique; retour d'un appétit que je ne pouvais modérer et qui entretenait peut-être la diarrhée que j'avais cru provoquée le premier jour par le lavage au sublimé. Par ses imprudences, G... a failli compromettre la guérison, il a retardé sa convalescence.

Si je compare ces deux observations recueillies à près de deux ans d'intervalle, je rencontre dans le premier cas :

a. L'indication précise du siège de l'intervention dans le point où le pus tendait à se créer une issue cutanée, après avoir érodé trois côtes que j'ai été sur le point de réséquer; j'avoue que le regret de ne l'avoir pas fait m'a poursuivi pendant quelques jours; la guérison a justifié ma réserve.

b. Un abcès hépatique qui s'est fait jour d'abord dans les poumons et plus tard dans la plèvre.

c. Deux cavités : l'une dans le foie; l'autre thoracique, limitée par des adhérences pleurales.

Dans le second cas, l'ouverture de l'abcès ne s'est faite que dans les bronches; les adhérences pleurétiques se sont limitées à la base du poumon.

Le siège de l'intervention était ainsi moins précis; j'ai indiqué plus haut les raisons qui m'ont fait renoncer à l'attaquer par la région postérieure et qui ont guidé en avant mon bistouri.

Je n'ai pas fait de curettage proprement dit, le doigt m'a suffi dans les deux cas à déterger les parois; j'ai lavé le premier abcès à l'eau bouillie et boriquée et le second d'abord au sublimé, ensuite à l'eau boriquée bouillie.

Aurait-il mieux valu renouveler ces lavages? J'ai été tenté de le faire chez mon premier malade, alors que l'expectoration s'est montrée de nouveau purulente; mais je me souvenais que dans les cas d'empyème, les lavages réitérés m'avaient semblé ajourner la guérison de mes malades; je me suis donc contenté de laver la cavité hépatique immédiatement après son évacuation. J'ai peut-être eu tort dans le premier cas.

Je rappellerai l'incident survenu dans le second cas; l'aspiration d'un fragment de tube à drainage dans la plèvre. Aucun accident ne s'étant montré, j'ai compté sur son enkystement et je n'ai pas cru devoir renouveler mes recherches.

CONCLUSIONS.

M'appuyant sur ces deux succès; remarquant que, du moment où le pus a trouvé à l'extérieur une large issue, la toux, l'expectoration ont cessé définitivement chez le second malade, pendant longtemps chez le premier, et que la présence renouvelée de crachats purulents doit être rapportée soit à l'insuffisance du drainage, soit à l'ouverture d'un abcès de voisinage dans la cavité déjà drainée; rappelant que le rétablissement du premier opéré est si parfait, qu'il ne se souvient plus de sa longue maladie; que celui du second est également assuré; ne suis-je pas autorisé à affirmer que, dans les cas d'hépatite purulente où l'opération de Stromeier-Little n'aura pu devancer l'ouverture de l'abcès dans les poumons, il n'y a pas lieu d'hésiter à ouvrir la cage thoracique?

Les indications fournies par chaque cas fixeront le siège de l'incision; on cherchera l'abcès au trocart, on divisera les parties molles largement, on ne réséquera les côtes que si leur suppression est jugée indispensable.

On divisera le diaphragme, si déjà il n'est pas per-

foré, au point d'insertion des adhérences pulmonaires; on pratiquera un ou plusieurs lavages, suivant les suites de l'intervention.

En résumé, tout abcès hépatique est soumis aux règles de la thérapeutique chirurgicale de tous les autres abcès : *ouverture large, drainage, antiseptie avant et après l'intervention.*

La séance est levée.

SÉANCE DU 10 MARS 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. Davezac fait observer que le diagnostic porté par lui sur le malade dont il a entretenu la Société, à la dernière séance, est un peu infirmé par ce fait que la maladie a débuté dans le sillon gingivo-labial; or, il n'y a pas dans cette région de *follicules clos*. Dès lors, le diagnostic *folliculite bucco-pharyngée* devrait céder le pas au diagnostic *herpès récidivant de la bouche*, proposé par divers membres de la Société.

Élection.

M. le Dr Ferron, médecin principal à l'hôpital militaire de Bordeaux, est nommé membre titulaire de la Société.

Présentation d'un malade retour de l'Institut Pasteur.

M. Ch. Dubreuilh. J'ai l'honneur de soumettre à votre examen un malade qui éprouve des accidents très sérieux pour lesquels je réclame vos lumières et qui

pourront, je l'espère, donner lieu à un débat intéressant.

L..., âgé de quarante-huit ans, employé comme cantonnier sur la ligne du Midi, à l'Isle-de-Noé (Gers), s'était, le 10 mars 1890, largement déchiré la main en travaillant. Pour obéir à une stupide croyance répandue dans les campagnes, qui prétend que les plaies se cicatrisent très facilement sous l'influence de la salive du chien, L... rencontra en rentrant chez lui un chien auquel il donna sa main à lécher. Cet animal déposa, paraît-il, sur la plaie une salive baveuse, abondante et s'enfuit. Or, dans cette même journée, après une course folle, ce chien mordit tous les chiens des environs qu'il rencontra et ne fut abattu que le lendemain. La rage fut constatée après l'autopsie, pratiquée par un vétérinaire de l'Isle-de-Noé. Le Dr Magnié, médecin de la Compagnie, à Mirande, appelé à donner ses soins à cet agent, l'envoya à l'Institut Pasteur et, d'après une note qui lui fut communiquée par un des chefs du laboratoire de l'Institut, le cas fut reconnu des plus sérieux; aussi fit-on suivre à cet agent un traitement des plus énergiques et M. Pasteur lui-même, qui fut consulté, pensa qu'il fallait forcer la dose des injections et prolonger leur durée pendant quinze jours, alors que la moyenne du traitement est en général beaucoup moins longue.

Des notes qui m'ont été envoyées par le Dr Magnié, il résulte que, pendant trois mois, à la suite de ce traitement, L... fut tourmenté par des cauchemars et des hallucinations nocturnes. Toutefois, ces accidents disparurent spontanément et cet agent jouit pendant assez longtemps d'une bonne santé.

Depuis le mois de septembre 1892, il est survenu des douleurs de tête très vives et continuelles siégeant presque constamment à la région occipitale. De plus, le caractère de L... est devenu bizarre; il est très frappé dans son moral et a maigri beaucoup. Son œil est hagard, il a perdu le sommeil, est affecté d'un ébranlement nerveux considérable. Mon honorable collègue de Mirande me demande quelle est la cause de cet état?

La rage qui, d'après l'appréciation du chef de laboratoire de M. Pasteur, paraissait des plus graves, a-t-elle été seulement atténuée sans que le virus se trouve complètement détruit et existe-t-elle encore en puissance? Ou bien cet ébranlement de l'état physique et psychique est-il dû à un état mental? J'ajouterai : le traitement pastorien y est-il complètement étranger?

Permettez-moi, avant d'ouvrir la discussion sur le cas de L..., de vous signaler un fait qui aura dans la circonstance actuelle une grande valeur. Il y a quelques années, un médecin de la Compagnie du Midi, âgé de quarante-six ans, aussi aimable que savant et habile chirurgien, le D^r C..., m'écrivait une lettre dans laquelle il me faisait connaître les détails suivants :

Étant à sa campagne, il apprenait un jeune chien de Terre-Neuve à rapporter des objets qu'il lui jetait. En lui sortant un mouchoir de la gueule, le chien, en voulant le reprendre, lui fit une éraflure sur le dos de la main. Notre collègue n'y attacha aucune importance; mais, le lendemain, le chien fut malade et, quarante-huit heures après, succombait.

L'autopsie démontra que l'animal avait la rage mue. Alors, le D^r C... fut en proie à la plus grande anxiété et plusieurs lettres qu'il m'écrivit démontraient sa grande préoccupation et les idées les plus sombres. Il partit pour Paris, le 8 avril 1887, recevoir des soins à l'Institut Pasteur, quinze jours après cette morsure.

A son retour, dans sa correspondance avec moi, il faisait sans cesse allusion au malheur qui l'avait frappé. Homme aimable et sympathique, ses collègues de la même ville m'écrivaient que sa physionomie était devenue sombre; que depuis son voyage à Paris il avait beaucoup vieilli et qu'ils étaient surpris du changement de son caractère coïncidant avec une altération profonde de sa physionomie. Je lui conseillai de prendre un congé et de se rendre à sa propriété. Il devint plus gai et, le 11 août, en me remerciant, il me disait :

« J'use largement de mon séjour au Cap. On est bien » ici, loin des malades, à dix mètres de la mer, dans

» ma maison arrangée pour soi, maison bien petite,
 » mais bien tranquille et qui me permettrait d'écrire
 » sur sa porte cette réminiscence d'Horace : *Parva domus,*
 » *magna quies.* »

Au commencement d'octobre, le Dr C... reprend ses occupations. Sa physionomie parut meilleure à ses amis, mais il se plaignait de douleurs occipitales assez vives. Enfin, le 8 novembre, ce malheureux collègue prenait son café, à huit heures du matin. Tout à coup, il s'écrie : « Oh ! ma tête ! ma tête ! » Il gagne péniblement son lit, s'y étend et ne peut plus proférer aucune parole. Ses membres s'agitent de mouvements convulsifs, son corps se refroidit et il s'éteint après une agonie de quelques minutes.

Vous trouverez certainement beaucoup d'analogie entre ce fait et celui du cantonnier L... et, si sa maladie a le même dénouement, sera-t-on sûr qu'il aura succombé à la rage accidentelle et non à la rage artificielle ?

Un homme qui a mis à éclairer la question de la rage une ardeur et une persévérance à toute épreuve, M. Bouley, a écrit :

« Tous ceux que la rage frappe sont fatalement voués
 » à la mort, et lorsqu'ils ont succombé, leurs cadavres
 » sont aussi muets pour les observateurs qui les explo-
 » rent jusque dans leurs replis que l'ont été pour nos
 » devanciers de tous les temps les cadavres de toutes les
 » victimes de cette effrayante maladie. »

C'est l'opinion d'un de nos vétérinaires les plus éminents de Bordeaux, M. Baillet, qui me disait encore hier : « Les recherches nécroscopiques seules ne peuvent permettre de se prononcer sur l'existence de la
 » rage. »

Aussi je suis étonné que, sur le simple diagnostic d'un vétérinaire, souvent sans autorité, qui se prononce après l'autopsie de l'animal, le mordu fasse si facilement le pèlerinage de l'Institut Pasteur.

Que de sujets, femmes, hommes et enfants, j'ai soignés mordus par des chiens, chats et chevaux, et je n'ai jamais vu d'enragés.

Tous les sujets mordus par un animal enragé sont loin d'être en puissance du virus rabique. C'est à peine s'il y en a 1 sur 6 qui succomberait à la rage. Il serait donc important que, si le traitement pastorien est assez puissant pour sauver les inoculés, les simples mordus et non des inoculés ne puissent contracter, par ce même traitement, le mal affreux qu'ils redoutent.

M. Régis. Il ne me paraît pas y avoir grand'chose à dire, pour l'instant, sur l'état mental du malade qui vient de nous être présenté par M. Ch. Dubreuilh. J'en profiterai cependant pour rappeler en quelques mots les relations de la folie et de la rage.

Deux points doivent être examinés à cet égard : 1° d'une part, les troubles intellectuels liés à la rage vraie (délire rabique); 2° d'autre part, les troubles intellectuels non liés à la rage, mais ayant la rage pour objet (délires pseudo-rabiques).

Les troubles intellectuels liés à la rage sont aujourd'hui bien connus, grâce aux travaux de Brierre de Boismont, d'Emminghaus et à ceux plus récents de M. le professeur Pierret et de ses élèves, Belous et Chardon. Après une période prodromique plus ou moins longue, caractérisée par une céphalalgie particulière (sensation d'étau), de l'insomnie, des cauchemars, une excitation générale de l'organisme avec besoin de locomotion, des troubles des sécrétions et en particulier du crachotement, on voit éclater un état maniaque plus ou moins aigu, quelquefois suraigu, qui s'accompagne d'agitation, de cris, d'actes de violence, mais surtout d'hallucinations, d'illusions et de délire rappelant la folie alcoolique, le type des folies par intoxication. A cette phase succède une période de dépression et de paralysie, invariablement suivie de phénomènes typhoïdes et de mort. Tel est, en résumé, le tableau habituel des symptômes du délire rabique, auxquels il faut ajouter les paralysies multiples, notamment celles des mâchoires et du pharynx, que M. Pierret considère comme caractéristiques.

Les troubles intellectuels non liés à la rage, mais

ayant la rage pour objet, sont plus variables et ne répondent pas à une formule unique. Il s'agit ici d'individus prédisposés qui, sur un prétexte plus ou moins spécieux : frôlement d'un chat ou d'un chien, contact de bave sur les vêtements, morsure légère d'animal inconnu, quelquefois même sans raison plausible, se croient atteints de la rage ou sur le point de l'être.

Les uns tombent de ce fait dans un état maniaque, mais surtout mélancolique, qui, sous l'influence d'une sorte d'auto-suggestion délirante, réalise plus ou moins exactement le tableau clinique de la rage vraie; quelquefois si exactement que beaucoup d'auteurs ont considéré ces cas comme constituant une véritable névrose rabique, sous les noms d'*hydrophobie nerveuse*, de *rage spontanée*, etc. (Pinel, Brierre de Boismont, Girard de Cailleux). D'autres sujets, dans des circonstances analogues, sont pris non plus de folie, mais simplement d'idée fixe, d'obsession ayant la rage pour objet. J'ai eu l'occasion de présenter à la Société, il y a quelque temps, un individu appartenant à cette catégorie et j'en ai observé plus récemment un autre, de concert avec notre distingué Président, le Dr Verdalle.

Le malade de M. Ch. Dubreuilh est difficile à classer. D'un côté, en effet, ce n'est ni un aliéné ni un neurasthénique obsédé par l'idée de rage; d'un autre côté, ce n'est pas non plus un individu atteint des troubles mentaux de la rage confirmée. Tout au plus pourrait-on se demander si la céphalalgie occipitale et les cauchemars qu'il présente ne sont pas l'indice de la période prodromique d'une infection rabique, demeurée latente et retardée jusqu'à ce jour chez lui par l'effet du traitement pastorien. Mais ce n'est là qu'une pure hypothèse, d'autant que ses cauchemars, formés d'hallucinations terrifiantes et de rêves professionnels, pourraient à la rigueur être mis sur le compte d'une imprégnation alcoolique ancienne. En l'état actuel des choses, je crois que l'avenir seul peut nous éclairer sur son cas et, puisqu'il doit entrer à l'hôpital, j'estime qu'il convient

d'attendre les observations plus complètes que M. le professeur Pitres pourra recueillir à son égard.

M. Pitres se fera un plaisir de prendre dans son service le malade de M. Ch. Dubreuilh et de communiquer à la Société le résultat de ses observations.

**Sur un mode de suture gastro-intestinale
dans la gastro-entérostomie.**

M. Villar lit un travail suivant :

Cette étude n'est qu'une partie d'un travail sur le manuel opératoire de la gastro-entérostomie qui paraîtra prochainement dans les *Archives cliniques de Bordeaux*. Je me bornerai donc à exposer simplement la question si délicate des sutures gastro-intestinales; si je me hasarde à aborder ce sujet, c'est que j'ai eu l'occasion de pratiquer la gastro-entérostomie sur le vivant et de la répéter sur le cadavre et sur le chien avec mon excellent ami le Dr J.-J. Matignon, auteur d'une très bonne thèse sur la question.

Les procédés de suture gastro-intestinale sont assez nombreux. Il serait long et fastidieux d'exposer la technique de tous ceux qui, à l'étranger, ont pratiqué la gastro-entérostomie; d'autant que les différents procédés ne diffèrent que par des nuances. Cependant, il est juste de rappeler que c'est à l'étranger que la gastro-entérostomie a été pratiquée pour la première fois; ajoutons même que cette opération a d'abord été accueillie chez nous avec une grande tiédeur, disons plus, avec froideur.

Résumons-nous donc et voyons quels sont, au moins en France, les principaux procédés de suture auxquels on a eu recours pour réunir l'estomac à l'intestin ⁽¹⁾.

(1) Nous aurions voulu accompagner cette étude de figures qui rendraient notre sujet plus compréhensible; nous possédons déjà ces différentes planches, mais les limites de notre cadre ne nous permettent pas de les publier. Elles trouveront place dans le travail dont nous avons déjà parlé.

Pozzi, qui pratiqua le premier chez nous la gastro-entérostomie, affronta simplement les bords de la plaie intestinale à ceux de la plaie stomacale par une double rangée de points de Lembert, ne comprenant que la séreuse et la musculieuse; il ne fit pas de sutures muqueuses.

Jaboulay considère comme le plus expéditif et par suite le meilleur, car il faut aller vite, le procédé suivant, dit *des deux boutonnières*. On fait un premier plan de suture sur les séreuses des deux lèvres postérieures; un deuxième sur les muqueuses de ces mêmes lèvres; un troisième sur les muqueuses des lèvres antérieures; un quatrième sur les séreuses de celles-ci. Pour le premier et le quatrième plan, l'auteur fait des sutures de *Güssensbauer*, et pour ne pas retourner les anses, ce qui serait compliqué et difficile, il passe les fils des lèvres postérieures de l'intérieur à l'extérieur; on obtient ainsi une économie de temps.

Reclus procède un peu différemment : « On fait, dit ce chirurgien, un premier plan de points de suture séro-séreuse, passant sur l'estomac à deux centimètres au-dessus de l'incision et sur l'intestin aussi près que possible de l'insertion mésentérique afin de ménager l'étoffe intestinale. Un deuxième étage de points séro-séreux est placé à un centimètre au-dessus, puis l'intestin est incisé parallèlement à son axe dans une étendue de cinq centimètres. Les deux lèvres postérieures de la bouche stomacale et de la bouche intestinale étant suturées, les points de ces fils muco-muqueux serrés intérieurement et faisant par conséquent saillie dans la lumière de l'estomac et de l'intestin, nous passons ensuite aux lèvres antérieures, unies également par des points muco-muqueux, mais cette fois, en dehors. Il ne reste plus qu'à pratiquer au-dessus de notre anastomose deux étages de sutures

séro-séreuses absolument semblables à ceux qui ont été faits au-dessous. »

Doyen place deux plans séro-muscleux postérieurs, suture circulairement les muqueuses gastrique et intestinale et termine par deux plans séro-muscleux antérieurs; ces deux plans doivent, pour plus de sûreté, empiéter de quelques millimètres sur les deux plans postérieurs.

Comme Reclus et Doyen, Ch. Monod fait une double rangée de points séro-séreux postérieurs, suture les muqueuses et termine par deux rangées séro-séreuses antérieures.

Dubourg, après avoir incisé l'estomac et l'intestin, les réunit par : 1° un plan séro-séreux postérieur; 2° un plan muco-muqueux postérieur; 3° un plan muco-muqueux antérieur; 4° un plan séro-séreux antérieur.

Michaux fait, au niveau des lèvres postérieures, un premier étage de sutures séro-séreuses à la soie et à points séparés, et plus en dedans, un deuxième étage en surjet avec deux fils différents pour que la suture ne se défasse pas en entier, si un point venait à céder.

Puis, *au lieu d'ouvrir les viscères*, pour plus de sûreté, il imite la conduite de M. Terrier dans la cholécystentérostomie et place, *sans les serrer, ses deux rangées de sutures séro-séreuses antérieures*, l'une en surjet, l'autre à points séparés. Écartant avec soin tous les fils, il incise successivement au thermocautère l'intestin d'abord, l'estomac ensuite et réunit les muqueuses par un ou deux points; il termine en serrant les fils antérieurs (fils d'attente).

Terrier établit un plan de suture séro-séreux postérieur et un *plan analogue d'attente à la partie antérieure*; il suture les muqueuses, soit à points séparés, soit en capitons et n'a plus qu'à serrer la suture d'attente.

Chaput recommande, pour la suture muco-muqueuse, un procédé spécial : il pratique une série de *ligatures en chaîne*, réunissant ensemble la muqueuse stomacale et intestinale, comme s'il s'agissait d'un large pédicule vasculaire.

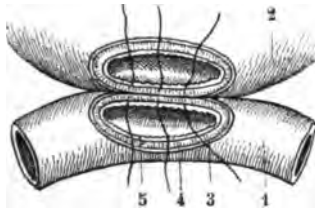


FIG. 1.

SUTURE DES LÈVRES POSTÉRIEURES
(SUTURE MUSCULO-SÉREUSE)

(F. Villar.)

1 Intestin. — 2 Estomac. — 3 Séreuse. — 4 Musculaire. — 5 Muqueuse.

Les fils ne traversent que la musculature et la séreuse des deux organes accolés.

Delagénière (du Mans) commence par une rangée séro-musculaire et une rangée séro-séreuse postérieures. Il fait, en prenant la *muqueuse des deux organes* et en *traversant la séreuse*, un *surjet à points serrés* en arrêtant tous les deux points ; le fil est placé au ras des sutures de défense. Il continue le surjet circulairement, commençant sur l'autre lèvre de la boutonnière son premier rang de suture ; il a soin de renverser la muqueuse en dedans et, par endroits, d'en exciser les parties exubérantes.

Deux plans de sutures séreuses antérieures et fils en bourse aux extrémités.

Voici comment nous avons procédé chez notre malade : après avoir incisé l'estomac et l'intestin, nous avons réuni ces deux organes en arrière par une rangée de *sutures de Gussenbauer*, en opérant de l'intérieur vers l'extérieur, pour n'être pas obligé de

soulever l'anse intestinale. Avec le même catgut, nous avons fait au-dessus de cette suture un *surjet* avec arrêt tous les trois ou quatre points à la façon de Doyen, surjet *intéressant la musculouse et la séreuse des deux lèvres*. Puis, comme les *muqueuses gastrique et intestinale* formaient, après les sutures séro-musculo-séreuses, deux *bourrelets irréguliers*, nous les avons réséquées avec de petits ciseaux courbes et les avons réunies.

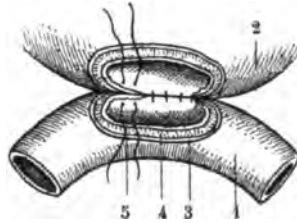


FIG. 2.

**SUTURE DES LÈVRES POSTÉRIEURES
(SUTURE MUCO-MUQUEUSE)**

(F. Villar.)

1 Intestin. — 2 Estomac. — 3 Séreuse. — 4 Musculaire. — 5 Muqueuse.
~ Fils réunissant les muqueuses.

Pour la suture des lèvres antérieures, nous avons eu recours au procédé imaginé par Chaput pour l'entérorraphie, procédé dit *de l'abrasion*.

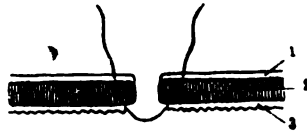


FIG. 3.

SUTURE DES LÈVRES ANTÉRIEURES

(F. Villar.)

1 Séreuse. — 2 Musculaire. — 3 Muqueuse.

Le fil traverse la séreuse et la musculouse des lèvres stomacale et intestinale.
Une partie des muqueuses des lèvres correspondantes est abrasée.

Après avoir réséqué les muqueuses qui faisaient hernie et gratté rapidement la musculouse sous-ja-

cente, nous avons adossé les parois musculo-séreuses gastrique et intestinale, saignantes, et les avons réunies par une suture en surjet. Enfin, un dernier étage de sutures de Güssenhauer a terminé l'opération.

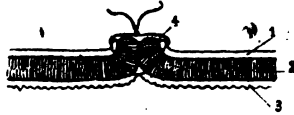


FIG. 4.

UTURE DES LÈVRES ANTÉRIEURES

(F. Villar.)

1 Séreuse. — 2 Musculaire. — 3 Muqueuse. — 4 Réunion face interne contre face interne des musculuses, les muqueuses ayant été réséquées.

C'est, en somme, le procédé de Chaput pour la suture intestinale. La musculuse ne devrait pas dépasser la séreuse.

Nous avons cherché à perfectionner ce mode de suture, et dernièrement encore nous avons répété sur le cadavre le procédé suivant : 1° suture séro-séreuse postérieure sans ouvrir les viscères ; 2° ouverture de l'estomac et de l'intestin ; 3° résection des portions des muqueuses postérieures exubérantes ; 4° suture en surjet au point de couturière des lèvres postérieures des incisions stomacale et intestinale qu'on a sous les yeux ; *cette suture ne doit comprendre que la partie musculo-séreuse des lèvres postérieures* ; 5° suture des muqueuses : les fils muqueux pourraient, en passant, traverser le bord libre des lèvres postérieures déjà réunies et rendre ainsi la suture plus complète ; 6° excision des portions des muqueuses antérieures exubérantes ; 7° adossement, face interne contre face interne, des surfaces musculaires stomacale et intestinale, avivées ; 8° suture séro-séreuse antérieure.

Jeannel aussi a fait des sutures totales des parois stomacale et intestinale : 1° premier plan postérieur de sutures séro-séreuses ; 2° deuxième plan postérieur ; 3° ouverture de l'estomac et du jéjunum ; 4° suture des lèvres des incisions stomacale et jéju-

nale : *suture traversant toute l'épaisseur des deux parois*, « car la suture muco-muqueuse déchire les muqueuses. » Cette suture est faite au moyen d'un surjet entrecoupé, façon Doyen, commençant par les lèvres postérieures et finissant par les antérieures; 5° deux plans séro-séreux antérieurs.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 21 janvier dernier, Morestin, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, recommande un mode de suture qu'il a pratiqué cinq fois sur des chiens : 1° un premier surjet rapproche les deux organes, suivant une ligne courbe à concavité antérieure; 2° on incise l'estomac et l'intestin; 3° un deuxième surjet unit la lèvre postérieure de l'incision stomacale à la lèvre postérieure de l'incision intestinale, *en ne comprenant que la partie musculo-séreuse de leur bord libre*; 4° un troisième affronte les muqueuses. On agit de même en sens inverse pour les lèvres antérieures.

Rappelons que Wölfler avait déjà parlé de la suture intérieure des deux lèvres postérieures, suture ne comprenant que la musculuse et la séreuse.

Ces différents procédés de suture n'offrent pas tous la même valeur.

Le procédé de Pozzi n'est peut-être pas suffisamment sûr.

Nous laissons également de côté la ligature en chaîne de la muqueuse recommandée par Chaput : l'auteur reconnaît lui-même que ce mode de suture diminue considérablement l'étendue de l'incision des muqueuses.

Jaboulay ne fait que deux plans de suture, l'un muco-muqueux, l'autre séro-séreux, quoique la suture de *Güssenbauer* équivaille à deux étages de suture. Ce procédé, simple et rapide, a donné de beaux résultats à l'habile chirurgien de Lyon. Mais, n'est-ce pas plus prudent de faire deux étages distincts de points

séro-séreux, le deuxième devant servir de soutien au premier, qui ne doit subir aucune traction et dont la seule mission est l'affrontement parfait?

Ce reproche s'applique particulièrement aux procédés de MM. Terrier et Dubourg, qui ne comprennent, d'après leur description, qu'une seule rangée de points séro-séreux. Sans doute, M. Dubourg a obtenu dernièrement un résultat superbe en employant un seul étage de sutures, mais il est plus prudent d'en faire deux.

Les procédés employés par Doyen, Michaux, Reclus et Ch. Monod, double étage séro-séreux et étage muqueux, sont les plus parfaits; ils ne diffèrent, du reste, de celui de Jaboulay que par une nuance que nous avons déjà signalée.

Cependant, Michaux (imitant la conduite de Terrier dans la cholécystentérostomie) place des fils d'attente sur les lèvres antérieures avant d'inciser les organes; l'idée est excellente et le but facile à comprendre; mais il y a peut-être lieu de se demander si la *surveillance qu'exigent ces fils* et la *difficulté* qu'ils apportent à l'incision des viscères ne contribuent pas à allonger l'opération.

Quant aux procédés de suture exécutés sur le vivant par Delagénère, Jeannel, nous-même et celui expérimenté sur les chiens par Morestin, ils méritent d'attirer l'attention. En effet, les sutures musculo-séreuses, telles qu'elles ont été pratiquées par ces auteurs offrent deux avantages qui sont les suivants : 1° *large adossement des surfaces*; 2° *rapidité d'exécution*.

Ces procédés ont entre eux une grande ressemblance, un certain air de famille; nous nous empressons de dire que nous ne connaissions pas ceux de Delagénère, Jeannel, Morestin et Wölfler, lorsque nous avons pratiqué notre opération. En effet, celle-ci date du 14 novembre 1892; or, Delagénère n'avait

fait sa communication à la Société de Chirurgie que cinq jours auparavant; l'observation ne parut donc que plus tard, et les mémoires de Jeannel et Morestin n'ont vu le jour qu'au mois de janvier 1893; c'est donc une simple coïncidence.

D'ailleurs, le procédé que nous avons mis en pratique et que nous avons modifié diffère de ceux qui ont été employés par les auteurs que nous venons de citer; il en diffère un peu par le mode de suture des lèvres postérieures et surtout par celui des lèvres antérieures.

Cette question de la *suture des lèvres antérieures* est digne d'intérêt, surtout au point de vue de la *suture muco-muqueuse*; en effet, si l'on cherche à suturer les *muqueuses bord à bord*, on *risque* de les *faire chevaucher* et même, si l'on manque d'attention et de soin, d'affronter des surfaces épithéliales peu faites pour la réunion.

Nous dirons même que, *d'après certaines descriptions et d'après certains schémas, le fil traversant la muqueuse gastrique de dehors en dedans et la muqueuse intestinale en sens inverse*, on a les plus grandes chances, en serrant les fils, de *rapprocher les surfaces épithéliales*.

Pour rapprocher des surfaces cruentées, on est obligé de renverser les muqueuses en dedans, de les *infléchir* et de les suturer en les tenant infléchies, *se servant de pinces* pour empêcher l'affrontement épithélial, ou bien de les suturer en traversant lesdites surfaces cruentées à la *façon de Lembert*; de toutes les façons, ce travail est assez long et délicat.

Il nous semble que le moyen le plus simple, le plus rapide, consisterait à affronter les surfaces musculo-séreuses antérieures par le procédé de l'*abrasion de Chaput*; on compléterait, du reste, par une suture séro-séreuse antérieure.

Ainsi donc, nous croyons qu'il est bon d'employer deux modes différents de suture pour réunir les lèvres antérieures et postérieures.

En somme, nous proposons, dans leurs grandes lignes, les procédés sûrs de Jaboulay, Doyen, Michaux, Reclus, Monod, avec cette différence à notre avantage que : 1° nos *sutures sont plus solides* (suture muco-musculo-séreuse des lèvres postérieures et *idem* par abrasion des lèvres antérieures); 2° *elles se font plus rapidement*, car les plans musculo-séreux postérieur et antérieur sont d'une exécution plus facile que le deuxième plan séro-séreux postérieur et le plan muco-muqueux antérieur de Jaboulay, Doyen, Reclus, etc., etc.

Plusieurs chirurgiens — ils sont nombreux — ont fait des sutures à *points séparés*. Cette façon d'agir n'est pas à conseiller; car, encore une fois, il faut aller vite, le succès de l'opération dépendant en grande partie de sa durée. Bien plus commode et bien plus rapide est la *suture en surjets* ou la suture au point de couturière, point avant, qui donnent, du reste, un affrontement parfait.

Doyen (de Reims) a fort heureusement modifié la suture en surjet, de telle sorte que tous les *trois ou quatre points le fil est arrêté en repassant l'aiguille au travers du point précédent*; c'est le *surjet à points passés*.

Enfin, il faut proscrire les *aiguilles à suture ordinaires*; sans doute, certains opérateurs vantent l'aiguille de couturière (Doyen); mais il faut une certaine habileté pour faire vite avec de telles aiguilles. Un chirurgien aux mains peu expérimentées perdrait un temps précieux. Aussi croyons-nous que les deux aiguilles à recommander sont : ou l'*aiguille de Reverdin-Collin*, coudée à gauche et *modifiée par Chaput*, ou la *fine aiguille de Reverdin*, dont nous nous

sommes servi sur le vivant et sur les chiens. Si nous ne connaissions pas l'aiguille de Chaput, qui est un instrument de premier ordre, nous dirions volontiers que la fine aiguille de Reverdin est un instrument merveilleux pour pratiquer les sutures gastro-intestinales.

La question toujours pendante du choix des fils ne nous arrêtera pas longtemps ; certains chirurgiens se servent exclusivement de catgut, d'autres n'emploient que la soie. On pourrait être ici éclectique et avoir recours à cette dernière substance pour les sutures muco-muqueuses (car le catgut, en contact avec la cavité intestinale, risquerait de subir une résorption trop rapide), en réservant le catgut pour affronter les séreuses.

Telle est la description classique, avec quelques variantes, de la suture gastro-intestinale, mais il est d'autres procédés de suture qui consistent à introduire un *tube d'os décalcifié* dans l'orifice anastomotique ou à rapprocher, à coapter les surfaces séreuses au moyen de *plaques d'os décalcifié* ou de *plaques de corne*.

1° *Tubes d'os décalcifié*. — En 1890, M. Péan, dans un cas de gastro-duodénostomie, employa un tube d'os décalcifié dans le but de maintenir dilaté l'orifice de communication ; le troisième jour, la malade prend du bouillon et du lait par la bouche ; elle se lève le huitième jour.

Tout récemment, le Dr Mayo Robson (de Leeds) a préconisé un procédé d'anastomose au moyen de tubes d'os décalcifié, procédé qui s'appliquerait aussi bien, dit-il, à la pylorectomie, la pyloroplastie, la *gastro-entérostomie* et l'anastomose de l'intestin, qu'à l'entérectomie, l'iléo-colostomie et la cholécysto-entérostomie.

Ces tubes ont la *forme d'une bobine* de fil ordinaire.

Pour pratiquer l'opération, on commence par la suture séro-séreuse de la moitié postérieure de l'incision, puis on pratique la suture muco-muqueuse de cette même moitié. Le tube est mis alors en place; on fait, sur le tube, la suture muco-muqueuse de la lèvre antérieure, et l'on termine par la suture séro-séreuse de cette lèvre.

2° Plaques d'os décalcifié. — Jesset a exposé très minutieusement la technique de l'anastomose gastro-intestinale au moyen des plaques de Senn :

« La gastro-entérostomie est faite au moyen de plaques d'os décalcifié. Mais, avant de décrire les différents temps de l'opération, il est bon d'indiquer la préparation de ces plaques.

» Les plaques dont je me sers ont deux pouces et demi de longueur sur un pouce de large et un quart de pouce d'épaisseur. Quand elles sont décalcifiées, ces plaques peuvent être coupées aux dimensions voulues. Elles doivent présenter une ouverture ovale au centre, avoir trois quarts de pouce de long sur un demi de large. Pour les décalcifier, on les place dans une solution à 10 % d'acide chlorhydrique et on les y laisse jusqu'à ce qu'elles soient molles et pliantes. La solution est renouvelée tous les deux jours et généralement le résultat est obtenu au bout d'une semaine. Les plaques sont lavées et laissées quelques heures dans l'eau pure pour les débarrasser de l'excès d'acide. Elles sont conservées dans l'alcool rectifié jusqu'au jour de l'opération; elles sont, à ce moment, plongées dans une solution à 20 % d'acide carbonique (?). En préparant ces plaques, il faut percer quatre trous sur les bords de l'ovale central. A travers ces trous, des fils de catgut n° 1 ou de soie de Chine, de douze pouces de longueur, sont passés et maintenus à la partie postérieure de la plaque par un fil

circulaire. Ces fils sont montés sur des aiguilles fines et rondes.

» *Opération.* — Incision de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. L'épiploon est rejeté de côté. Une portion du jéjunum est saisie aussi près que possible de son origine, attirée au dehors et confiée à un aide. Une portion de l'estomac, à deux pouces environ de la grande courbure et aussi voisine que possible du pylore, est également amenée au dehors entre les lèvres de la plaie abdominale. Deux tubes de caoutchouc sont passés au travers du mésentère et placés sur l'intestin, à quatre pouces de distance l'un de l'autre, du point où portera l'incision intestinale. Puis, après que par des pressions modérées et méthodiques, les matières contenues dans cette portion de l'intestin, entre les deux caoutchoucs, ont été chassées, les tubes sont serrés suffisamment pour empêcher le reflux des matières. On peut obtenir le même résultat avec les pinces de Making ou d'autres, ou encore en faisant comprimer l'intestin entre le pouce et l'index d'un aide; mais je préfère les tubes de caoutchouc.

» L'estomac et l'intestin étant maintenant bien attirés au dehors, ils sont entourés d'éponges pour empêcher la chute de leur contenu dans le péritoine. Une incision d'un pouce de long est faite suivant l'axe du jéjunum sur la face convexe et on insinue une plaque d'os.

» Les aiguilles des deux fils latéraux (c'est à dire correspondant au petit diamètre de l'ovale) sont passées de dedans en dehors à travers *toute l'épaisseur de la paroi intestinale* près du bord de la plaie. Les deux fils correspondant au grand diamètre sont attirés, par *l'orifice même de la plaie*, à chacune de ses extrémités. Ces fils sont tenus par un aide, tandis que le chirurgien fait sur l'estomac une autre incision parallèle à la grande courbure. Une seconde plaque est engagée dans l'estomac, par cette incision. Les ai-

guilles des fils latéraux sont passées à travers toutes les couches de l'estomac. Les fils extrêmes sont, comme pour le jéjunum, attirés directement par la plaie. Les deux ouvertures sont alors juxtaposées soigneusement et les plaques, qui se correspondent par leurs faces, sont maintenues exactement en place par un aide, pendant que le chirurgien noue solidement les fils homologues de chaque plaque. Les fils latéraux inférieurs doivent être serrés les premiers, puis les fils extrêmes et, en dernier lieu, les fils latéraux supérieurs (1).

Thuolske et Bull, tout en se déclarant partisans des plaques de Senn, croient qu'il serait bon d'assurer la coaptation parfaite par quelques sutures de Lembert. C'est, du reste, ce qu'a fait Jesset lui-même, dans un cas où la rigidité de l'estomac lui avait fait craindre un rapprochement insuffisant.

3^e *Disques en corne*. — Matignon a imaginé et expérimenté sur le chien un procédé de suture gastro-intestinale au moyen de disques en corne. Nous ne voulons pas répéter à nouveau la description de ce procédé qui vous a déjà été exposée ici (2); qu'il nous suffise de reproduire les dessins de Matignon.

Ces différents procédés de suture au moyen de tubes ou de plaques, peu appréciés en France, semblent cependant offrir certains avantages.

Mayo Robson, le défenseur des tubes en os décalcifié, recommande l'emploi de ces *tubes* dans le but surtout d'éviter le rétrécissement. L'idée d'employer des tubes d'os décalcifié ayant la forme d'une bobine de fil ordinaire nous est venue, dit-il, après une opé-

(1) In thèse Matignon (traduct. Guignard).

(2) *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 51, 25 décembre 1892, p. 575. *Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1892, p. 656.

ration de pylorectomie, qui tout d'abord avait très bien réussi, mais qui fut suivie, quelques mois plus tard, d'un rétrécissement de l'orifice rendant la gas-

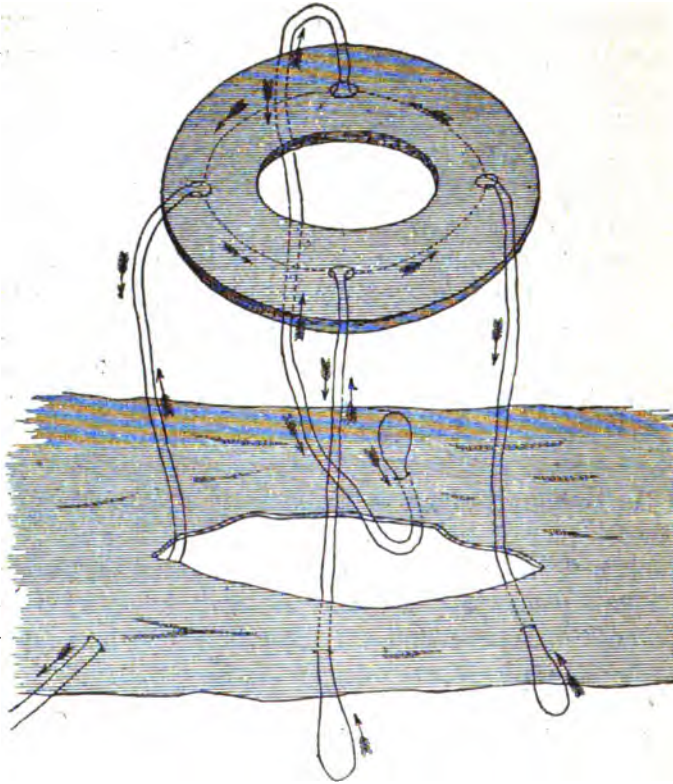


FIG. 5.

PROCÉDÉ DE MATIGNON.

MODE DE PASSAGE DES FILS POUR FORMER LES ANSES AVANT
L'INTRODUCTION DANS L'ESTOMAC DU DISQUE DE CORNE

tro-entérostomie nécessaire. Il nous sembla que s'il était possible d'obtenir la continuité de la muqueuse à travers la nouvelle ouverture, au moyen d'une suture contenue que l'on pourrait serrer autour d'un tube sans crainte de trop diminuer les dimensions de l'ori-

fiée, il serait possible d'éviter le rétrécissement ultérieur.

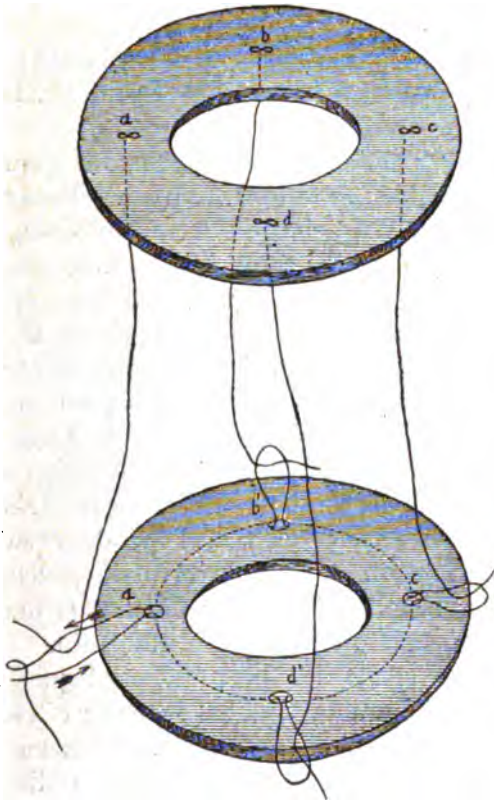


FIG. 6.

PROCÉDÉ DE MATIGNON. — SCHÉMA DE LA DISPOSITION
DES FILS AVANT LEUR SERRAGE

Comme l'os décalcifié est dissous au bout de quelques jours, le danger que pourrait présenter plus tard la présence d'un corps étranger disparaît. Les extrémités dépassant en épaisseur le corps même de la bobine osseuse, celle-ci ne peut changer de position que lorsque sa présence n'est déjà plus nécessaire.

Lorsque les sutures sont terminées, il y a continuité de la muqueuse, les surfaces sereuses sont en contact et le tube d'os décalcifié maintient béant le canal de communication.

Les avantages des plaques sont les suivants : 1° rapidité de l'opération ; 2° pas de rétrécissement ; 3° bons résultats.

Il est certain qu'avec les plaques, on gagne un temps considérable : la suture gastro-intestinale peut se faire ainsi en vingt-cinq ou trente minutes, alors qu'il a fallu quelquefois une heure, une heure et demie et davantage pour pratiquer la suture ordinaire.

Dans une de ses expériences sur le chien, M. Matignon, auquel je prêtai mon concours, mit trente-cinq minutes pour pratiquer l'opération ; or, un incident imprévu l'avait forcé à s'interrompre, à changer les fils, ce qui fit perdre un temps précieux. Non seulement cette suture est rapide, mais encore très élégante ; c'est un plaisir de voir l'opérateur suturer l'estomac à l'intestin, tenant de la main gauche ces deux organes rapprochés par les plaques et maniant de la main droite la fine aiguille de Reverdin.

Le second avantage des plaques, sur lequel Matignon a attiré l'attention, serait d'éviter le rétrécissement de l'orifice de communication. On a, en effet, constaté quelquefois, avec les procédés ordinaires, soit un rétrécissement, soit un agglutinement des lèvres de l'orifice anastomotique.

Avec des plaques, les choses doivent se passer autrement ; la tunique intestinale est tendue comme une peau de tambour sur la plaque et maintenue dans cette position par les fils qui, tirant sur l'intestin, donnent à l'incision une forme ovale permanente ; il en est de même pour l'estomac ; de la sorte, la bouche gastro-intestinale reste constamment perméable.

Enfin, la suture au moyen des plaques a donné

des résultats remarquables entre les mains de Senn, Horsley, Jesset, Robinson, etc.

Senn et Horsley l'ont expérimentée sur des chiens; sur 7 chiens qui ont subi la gastro-entérostomie avec anastomose au moyen d'*os décalcifié*, 1 seul est mort; cette mort, les auteurs l'attribuent à ce que, l'estomac étant plein au moment de l'opération, les matières sorties par l'ouverture ont souillé le péritoine. Les autres chiens furent abattus et on put constater que dès le septième jour les plaques étaient résorbées et les adhérences parfaites.

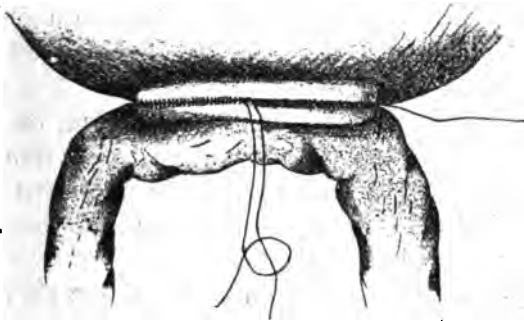


FIG. 7.

PROCÉDÉ DE MATIGNON.

ASPECT DU RELIEF FORMÉ PAR LES DISQUES APRÈS SERRAGE
DES HUIT FILS

Des sutures de Lembert sont faites sur la partie gauche. Le fil qui a servi à les exécuter, arrivant au niveau du fil correspondant au petit diamètre du disque de corne situé dans l'intestin, est noué à ce dernier; c'est avec celui-ci que les points de suture seront continués jusqu'au fil qu'on aperçoit plus loin, etc.

Dans des expériences d'iléo-jéjunostomie, entreprises également sur des animaux, les mêmes auteurs ont surtout établi les *bons effets de ces plaques* et leur *supériorité sur la suture de Lembert-Czerny*.

Sur 6 chiens, ils pratiquent la *suture de Lembert*: 5 meurent.

Sur 8 autres, l'anastomose est faite avec les *plaques de Senn*: 1 seul succombe.

Les résultats cliniques plaident aussi en faveur des plaques de Senn.

Il paraît que, depuis la vulgarisation de ce procédé, la mortalité de la gastro-entérostomie a notablement diminué; en effet, si l'on divise en deux séries les 36 opérations réunies par Page, on voit que, tandis que les 18 premières ont donné 10 morts, les 18 dernières en ont donné 5 seulement ⁽¹⁾.

Dans 35 observations, dit Matignon, les plaques de Senn ont été employées et le résultat est nettement indiqué. Or, on trouve : 24 guérisons, 11 morts.

Dans 100 observations où l'anastomose a été simplement établie par des sutures, on note : 62 guérisons, 38 morts.

Les résultats sont ici moins favorables; en outre, dans le nombre de ces guérisons se trouve une quantité assez considérable de guérisons purement opératoires, c'est à dire ayant procuré une survie de quelques heures à quatre jours.

Ce que nous venons de dire s'applique plus particulièrement aux plaques d'os décalcifié, car le procédé de Matignon est encore trop récent pour que l'on puisse en juger la valeur d'une façon précise. Mais on peut dire d'ores et déjà que, au point de vue opératoire, ce procédé possède toutes les qualités de la suture faite avec les plaques d'os décalcifié; il l'emporte même sur cette suture, car : 1° la *préparation des plaques de corne* est plus facile et plus rapide que celles des plaques d'os décalcifié; 2° la *disposition des fils en forme d'anse*, dans le procédé Matignon, assure un *contact beaucoup plus intime* que le procédé de Senn, où quatre nœuds plus ou moins volumineux sont interposés entre les séreuses.

En résumé, malgré ses beaux résultats expérimentaux,

(1) Jalaguier. *Traité de Chirurgie* de Duplay et Réclus.

taux et cliniques, la suture au moyen des plaques n'est pas encore entrée dans la pratique chirurgicale française; d'autant qu'à mesure que le manuel opératoire de la gastro-entérostomie se perfectionne, un facteur important, la durée de l'opération diminue considérablement, au moins entre les mains de quelques chirurgiens.

Tels sont les différents procédés de suture gastro-intestinale; il est difficile, à l'heure actuelle, de se prononcer d'une façon définitive sur la valeur de chacun d'eux; mais nous avons tenu à en présenter une étude d'ensemble, étant donnée l'importance de ce temps opératoire.

La séance est levée.

SÉANCE DU 17 MARS 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

Lettre de M. Ferron remerciant la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'acceptant au nombre de ses membres.

Malade retour de l'Institut Pasteur présenté dans la dernière séance par M. Ch. Dubreuilh.

M. Pitres a examiné ce malade dans son service. Les douleurs de tête qu'il accuse paraissent se rattacher à une néphrite interstitielle se révélant par les phénomènes cliniques suivants : hypertrophie cardiaque avec bruit de galop, surtout accusé après la marche; polyurie se traduisant par l'émission quotidienne de deux

litres à deux litres et demi d'urine; albuminurie avec 3 grammes d'albumine par vingt-quatre heures; induration des parois artérielles. Comme explication pathogénique de cette affection rénale, nous notons des habitudes alcooliques remontant à une époque déjà ancienne et un coup de froid subi, il y a quelques mois, par une violente pluie d'orage. C'est presque immédiatement après ce refroidissement qu'a apparu la polyurie, qui est surtout nocturne, puis la céphalalgie. La céphalalgie, en ce cas, semble donc avoir une origine urémique. Il n'est nullement besoin, pour l'expliquer, de l'hypothèse de la rage problématique imputée à l'animal qui a léché la main de ce malade. Quant aux cauchemars, ils ne sont pas sans relation avec l'alcoolisme dont est entaché ce sujet.

Luxation incomplète de la rotule gauche; Hydarthrose; Arthrotomie; Guérison. — Présentation de malade.

M. Dudon présente une jeune malade et cède la parole à *M. Guérin*, interne du service, pour lire l'observation suivante :

Thérèse B..., âgée de dix-sept ans, landaise, est une malade du service de M. le Dr Dudon. Elle n'accuse aucun antécédent notable; elle a été réglée à treize ans; son père, sa mère, ses six frères ou sœurs jouissent d'une excellente santé.

Au moment où nous l'avons vue pour la première fois en janvier, son genou gauche était volumineux, la synoviale étant distendue par un liquide abondant. La rotule était située beaucoup plus en dehors que normalement et cette disposition s'accentuait dans la flexion de la jambe, la rotule venant alors se placer en face du condyle externe du fémur.

Si, dans ces mouvements, on laissait son doigt placé sur l'interligne articulaire, dans sa partie externe, on percevait un petit craquement qui ne manquait jamais dans la flexion forcée.

Interrogée sur l'origine de son état, la malade nous

raconta qu'en novembre 1890, jouant au rondeau, elle fit une chute qui lui laissa un peu de douleur dans le genou gauche.

Un mois et demi après, nouvelle chute, mais avec douleur extrêmement vive et elle remarqua tout de suite que la rotule (la pomme du genou) n'était plus à sa place. Le genou présentait une petite écorchure et ne tarda pas à être coloré par une large ecchymose étendue à toute la région.

Il est bon de noter que la marche fut possible immédiatement après l'accident, car elle put franchir, tout en boitant et se faisant soutenir, les deux kilomètres environ qui la séparaient de chez elle.

Elle resta une semaine au lit, puis trois ou quatre jours la jambe étendue sur une chaise.

La malade fut alors soignée par le rebouteur qui chaque samedi, jour de marché, venait visiter sa clientèle de ville. Il lui faisait exécuter des mouvements très douloureux, remettait la rotule en place et appliquait une bande. Six semaines après le début de ce traitement, elle fit une nouvelle chute et le rebouteur fut congédié.

Depuis, il lui est bien difficile de compter ses chutes, dont la fréquence allait en augmentant et qui se produisaient au moins une fois par semaine.

Lorsque la jambe était étroitement serrée par une bande, elle ne tombait pas, mais fléchissait légèrement, cela plusieurs fois par jour. Avec ou sans bande, elle boitait.

En août 1892, elle avait consulté un médecin qui lui fit régulièrement pendant deux mois des applications de vésicatoires et de pointes de feu. Résultat nul; la malade tombait toujours.

Au début des accidents, la malade avait le temps d'étendre la main pour amortir sa chute, mais dans les derniers temps, le point d'appui manquait brusquement.

Toujours, elle est tombée sur le côté gauche et s'est souvent blessée légèrement la main ou le coude gauche, la jambe gauche se fléchissait et portait en dedans;

jamais elle n'est tombée en avant ou sur le côté droit. Très souvent, à la suite de ces chutes, elle a eu de nouvelles ecchymoses; chaque fois, elle entendait un petit craquement et éprouvait une douleur souvent assez vive pour l'empêcher de se relever toute seule.

En novembre 1892, elle vint à l'hôpital, à la consultation de M. le Dr Verdalle; on lui fit plusieurs fois des pointes de feu; le 14 décembre, elle entra à l'hôpital pour suivre plus régulièrement le même traitement.

L'épanchement était à ce moment tellement abondant qu'il masquait la lésion et qu'on pouvait penser n'avoir affaire qu'à une hydarthrose rhumatismale.

Sous l'influence du traitement médical, l'épanchement ayant à peu près disparu, M. Verdalle constata qu'il y avait une opération à faire et l'envoya dans la salle de M. le Dr Dudon; une intervention chirurgicale fut alors décidée.

Elle était suffisamment indiquée par le triste état dans lequel était cette jeune fille, boitant toujours, tombant souvent et étant exposée ainsi à de nombreux accidents.

Le but tout indiqué était de réduire la capsule ligamenteuse à ses dimensions normales, d'explorer l'articulation un peu suspecte à cause des craquements signalés et enfin de ramener la rotule en dedans, à sa place normale.

Le 17 janvier, on donne du chloroforme à la malade, on ne parvient du reste qu'à une demi-anesthésie; malgré la quantité considérable de chloroforme employée, la malade remuait, se plaignait, s'excusait de ne pouvoir dormir; il en fut de même tout le temps de l'opération.

Passant outre, M. Dudon fait une incision de douze centimètres, parallèle à l'axe du membre, en dedans de la rotule, et après l'hémostase soignée de règle en pareil cas, l'articulation est ouverte, explorée et lavée; on n'y trouva du reste aucune lésion.

Cela fait, M. Dudon résèque un lambeau elliptique, aux dépens de la capsule ligamenteuse et de la synoviale, en dedans de la rotule, puis suture les divers plans incisés en laissant un petit drain.

Pansement iodoformé, le membre est placé dans une gouttière.

Le reste de l'histoire de la malade n'est pas fertile en incidents: deux ou trois fois seulement la température s'éleva à 37°2 ou 37°3; elle resta régulièrement au-dessous de 37°. Pendant les premiers jours seulement, la malade se plaignit de douleurs assez vives dans son articulation.

Le 21, quatre jours après l'opération, premier pansement montrant que tout marche bien.

Le 26, deuxième pansement, le drain est enlevé, il n'a donné qu'un peu de sérosité.

Le 8 février, on sort la gouttière, on place un bandage roulé de la jambe et peu après on commence à mobiliser l'articulation raidie.

Le 13, sans y être autorisée du reste, la malade, très entreprenante, essaie de marcher.

A partir du 20, un mois après l'opération, on la trouve à chaque instant se promenant dans la salle.

Aujourd'hui 17 mars, deux mois après l'intervention, on constate encore la présence d'un peu de liquide dans l'article, mais pas de craquements.

La malade ne tombe pas et même ne fléchit pas comme cela lui arrivait plusieurs fois par jour; elle est cependant très vive et très imprudente et cherche, en outre, à vérifier le bon résultat de l'opération en pesant de toutes ses forces sur sa jambe gauche.

M. Dudon. Si le chirurgien s'est décidé à ouvrir l'articulation, c'est parce que l'affection, remontant déjà à deux années, ne semblait pas susceptible de guérir sans opération. En outre, l'arthrotomie devait permettre de modifier l'état de la synoviale, de rétrécir la capsule articulaire devenue trop lâche. C'est le résultat obtenu sans le moindre accident opératoire que M. Dudon est heureux de montrer à ses collègues.

M. Villar félicite M. Dudon de son succès. Ici, l'arthrotomie était absolument indiquée, comme elle l'est en présence de ces articulations trop lâches; exposant aux luxations récidivantes, affection fréquente surtout à

l'épaule. Il serait bien aise d'obtenir de M. Dudon un petit renseignement. Y avait-il déchirure de l'aileron rotulien interne?

M. Dudon avait pensé à cette déchirure, avant d'ouvrir l'article. Jamais, en effet, il n'avait vu une hydarthrose simple produire une pareille luxation; il devait y avoir en pareil cas non pas seulement distension de la capsule, mais rupture de cette dernière. Le fait n'a cependant pas été confirmé pendant l'opération, le chirurgien ne s'étant pas livré à la dissection minutieuse qu'eût rendue nécessaire la découverte de ce menu détail, mais qui n'importait nullement au résultat thérapeutique.

La séance est levée.

SEANCE DU 24 MARS 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Cure radicale d'une hernie inguinale infantile.

Présentation de malade.

M. Piéchaud présente un petit garçon de cinq ans à qui il a pratiqué, il y a quatorze jours, la cure radicale d'une entérocele funiculo-testiculaire. L'acte opératoire s'est fait en deux temps. D'abord, dissection minutieuse et complète de la séreuse funiculaire, commencée en bas, un peu au-dessus du testicule, mais poussée aussi haut que possible du côté de l'anneau inguinal; puis section transversale et ligature de cette séreuse dont le pédicule est abandonné dans le ventre. En second lieu, du côté du testicule auquel est restée adhérente la partie inférieure de la séreuse, suture de cette séreuse,

de manière à reconstituer à la glande séminale une véritable tunique vaginale. Les suites opératoires ont été, avec l'antisepsie, extrêmement simples et la cicatrisation s'est faite par première intention. Aujourd'hui, l'on peut constater sur cet enfant que le canal inguinal est rempli par un bouchon allongé et solide, constitué par la séreuse funiculaire oblitérée et qui s'oppose à la reproduction de l'entérocele. Au niveau du testicule existe un peu de liquide contenu dans la séreuse que s'est appliqué à lui refaire l'acte chirurgical. Cet épanchement vaginal, qui n'a d'ailleurs aucune importance, disparaîtra peu à peu.

M. Ferron demande à *M. Piéchaud* s'il écarte toujours, de parti pris, le port du bandage après l'opération.

M. Piéchaud recommande aux parents de mettre aux jeunes opérés un bandage un mois et demi après l'opération. De cette manière, on évite les irritations susceptibles d'être produites par la pelote sur une cicatrice récente. Malheureusement, il n'est pas possible de savoir si cette recommandation est bien suivie. Les opérés sont amenés dans leurs familles, le plus souvent loin de Bordeaux, et l'on serait fort en peine de dire si ce bandage est oui ou non appliqué. *M. Piéchaud* ne peut donc fournir aucun renseignement sur ce point.

Tarsectomie pour pied bot invétéré chez l'adulte.

M. Piéchaud présente un jeune homme de vingt-cinq ans qu'il a opéré d'un double pied bot varus équien. La déformation était telle que la représentent les moules en plâtre mis sous les yeux de la Société. Ce sujet, que plusieurs chirurgiens, tant à Bordeaux qu'à Paris, avaient refusé d'opérer, fut tarsectomisé par *M. Piéchaud*, le 14 juin 1892. Au pied droit, le chirurgien fit l'opération de Phelps : ténotomie du tendon d'Achille, extirpation de l'astragale et du cuboïde, section de toutes les parties fibreuses plantaires jusqu'aux os. A gauche, même opération, sauf l'ablation du cuboïde qui put être respecté. Antisepsie rigoureuse, attelles plâtrées immobilisant les pieds en bonne position après

redressement. La guérison opératoire se fit sans encombre. Actuellement, le malade marche très bien, foulant le sol par toute l'étendue de la surface plantaire et pouvant faire quatre et cinq kilomètres sans souffrir. Il sent lui-même ses mollets se garnir de *substance contractile* et se fortifier de jour en jour.

M. Ferron félicite *M. Piéchaud* du magnifique succès obtenu chez son opéré. Il ne peut, en présence de cette double tarsectomie, se défendre de rappeler les résultats merveilleux publiés par Vincent à la suite d'une opération non sanglante, la tarsoplastie. *M. Piéchaud* a-t-il pratiqué cette opération, en a-t-il une expérience personnelle? Il est certain que si, par une simple ostéoclasie, on pouvait arriver au même but, la tarsoplastie devrait théoriquement être préférée à la tarsectomie.

M. Piéchaud a fait nombre de tarsectomies avec des variantes infinies. Toujours il entreprend l'opération sans parti pris d'avance, sans savoir au juste ce qu'il fera. Au fur et à mesure qu'il rencontre un obstacle, tendon, os ou aponévrose, il le supprime. De cette façon il n'a jamais eu que des succès. Il n'a pas eu la curiosité d'entreprendre l'opération de Vincent et cela pour plusieurs motifs. Le pied bot présente souvent des déformations dues à des saillies osseuses ou fibreuses qui résistent aux plus énergiques efforts. Comment donc l'ostéoclasie peut-elle triompher de pareils obstacles? Si, d'autre part, elle y parvient, ce doit être souvent en transformant en bouillie certains os déjà ramollis ou bien encore en produisant aveuglement des désordres que d'avance on ne peut ni prévoir ni mesurer. Ce sont là des inconvénients que ne présente pas la tarsectomie. Le bistouri voit ce qu'il fait et fait ce qu'il veut, avec l'innocuité parfaite et constante que lui confère l'antisepsie. Enfin, les résultats éloignés de la tarsoplastie, si alléchants soient-ils, ne peuvent dépasser ceux obtenus par *M. Piéchaud* dans ses tarsectomies. Aussi, n'a-t-il pas cru devoir jusqu'à ce jour pratiquer l'opération de Vincent.

M. Ferron demande à *M. Piéchaud* de bien vouloir

cependant essayer de la tarsoplastie, que rendent vraiment séduisante les conclusions si affirmatives de Vincent.

M. Piéchaud veut bien se rendre aux désirs de *M. Ferron*, malgré la répugnance inspirée par une opération qui lui paraît aveugle, brutale et d'une efficacité hypothétique.

Créosote soluble dans l'eau.

M. Carles. L'expérimentation clinique a démontré, depuis déjà de longues années, l'efficacité de la créosote contre les tuberculoses commençantes. Parmi les diverses formes pharmaceutiques sous lesquelles on l'emploie, la dilution en lavements est celle qui paraît avoir momentanément la faveur d'un grand nombre de cliniciens. Pour l'administrer ainsi, le mode préféré est celui qui consiste à dissoudre d'abord la créosote dans une huile animale, foie de morue ou pied de bœuf, et à émulsionner le tout après, soit avec un mucilage gommeux, soit avec un jaune d'œuf. Mais, comme la fabrication de cette sorte de médicament réclame tous les jours l'intervention du pharmacien, que d'ailleurs sa conservation n'est pas durable et qu'enfin son absorption intestinale est retardée et limitée par le corps gras et l'agent émulsif, plusieurs praticiens girondins m'ont demandé s'il n'y aurait pas moyen de rendre la créosote soluble dans l'eau. Après de multiples essais infructueux, je suis arrivé à la formule suivante qui réalise ce désir :

Créosote du hêtre.....	10,00
Teinture de bois de panama..	80,00
Eau distillée.....	60,00
Total.....	150,00

Chaque cuillerée à soupe renferme 1 gramme de créosote. Cette dose, versée dans n'importe quelle quantité d'eau froide, et mieux encore tiède, donne une solution parfaite.

La teinture de bois de panama ou de quillaya figure

au Codex; ce formulaire la recommande pour pratiquer l'émulsion du goudron, des baumes de tolu et de copahu, de l'huile de cade, du coaltar. Le bois de panama est aussi employé journellement dans les ménages et la grande industrie pour dégraisser les parquets, les étoffes. Il doit cette propriété à la saponine qui rend l'eau mousseuse et émulsionne les corps gras et résineux. Mais, dans l'espèce, il ne s'agit pas d'émulsion. La créosote est dissoute et non divisée, le lavement préparé est aussi limpide qu'un quart de litre d'eau contenant 8 grammes de teinture de panama. L'agent de dissolution est bien effectivement la saponine, car si nous remplaçons dans la formule ci-dessus la teinture de panama par un égal poids d'alcool au même degré, la créosote se sépare rapidement de l'eau.

La mixture préparée selon notre formule se conserve indéfiniment. Elle permet au malade de préparer lui-même son lavement créosoté. La clinique bordelaise a sanctionné sa commodité et aussi la tolérance et l'efficacité de la créosote administrée sous cette forme soluble.

M. W. Dubreuilh a administré en lavement la créosote dissoute dans l'eau, d'après la manière indiquée par *M. Carles*. Chez un tuberculeux, dont l'estomac ne pouvait supporter aucun médicament, ces lavements ont été parfaitement tolérés. Malheureusement, il s'agissait d'un cas désespéré et la maladie a continué sa marche progressive vers l'évolution fatale.

M. Carles connaît plusieurs malades qui depuis longtemps déjà prennent chaque jour en lavement une solution aqueuse de créosote. Ils n'ont qu'à se louer de ce mode d'administration facile et non irritant.

La séance est levée.

SÉANCE DU 7 AVRIL 1893

PRÉSIDENCE DE M. CHABRELY

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. Lagrange fait hommage à la Société d'un ouvrage qu'il vient de publier, intitulé : *Étude sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes*.

M. Courtin demande, par lettre, à faire partie de la Société et envoie à l'appui de sa candidature un travail manuscrit intitulé : *Kystes hydatiques de la rate, du foie et de la plèvre*. La Commission chargée d'examiner les titres et travaux de M. Courtin sera composée de MM. Lanelongue, Monod et Piéchaud.

Prima mensis.

Les maladies le plus fréquemment observées pendant le mois de mars sont : la grippe, l'érysipèle, des angines.

Présentation de malade.

M. Davezac montre, pour la seconde fois, un malade atteint d'ulcérations buccales, au sujet duquel le diagnostic *folliculite bucco-pharyngée* fut d'abord porté par lui-même et celui d'*herpès récidivant de la bouche* proposé par plusieurs membres de la Société. Ce malade présente actuellement sur le dos de la langue deux ulcérations allongées, profondes, qui ne rappellent en rien les ulcérations herpétiques. M. Davezac ne peut souscrire au diagnostic d'herpès buccal porté sur ce malade.

M. R.-Saint-Philippe rappelle que le mot *herpès* est très vague et sert à désigner un ensemble fort complexe de lésions. Dans le cas présent, il croit à une ulcération herpétiforme, sans pouvoir préciser davantage son diag-

nostic. Tandis, en effet, que souvent l'herpès est superficiel, d'autres fois il revêt une allure tout autre et s'étend en largeur et en profondeur. Pourquoi chez ce malade l'affection a-t-elle pris cette tendance exulcé-rante? Il est difficile de le dire. Peut-être en trouverait-on la raison dans l'examen des urines, dans un état diathésique important à rechercher.

M. Troquart croit qu'il ne s'agit ici ni d'ulcérations hérpétiques ni d'ulcérations herpétiformes, qui toutes sont ordinairement superficielles et ne dépassent pas l'épaisseur du derme. Les ulcérations qui nous sont montrées sont très profondes, douloureuses, irrégulières, réfractaires au traitement antisyphilitique; ce sont des ulcérations tuberculeuses. L'efficacité de la cautérisation ignée, à différentes reprises employée par *M. Davezac*, ne fait que confirmer le diagnostic de *tuberculosis buccale*.

La séance est levée.

SEANCE DU 14 AVRIL 1893

PRÉSIDENCE DE M. CHABRELY

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. Méneau a revu le malade de *M. Davezac*. Les ulcérations linguales qu'il présente sont dues à la syphilis héréditaire tardive ou à la tuberculose. N'ayant pas de preuves en faveur de la syphilis, il se rattache, malgré le peu de douleur qu'accuse le malade, à l'idée d'une tuberculose linguale contre laquelle il conseille l'application d'acide lactique à 80 %.

M. Davezac ne saurait admettre l'idée de *syphilis*

contre laquelle militent plusieurs faits : rapidité de formation des ulcérations, localisation de l'affection à la muqueuse buccale, absence d'antécédents syphilitiques personnels et héréditaires, enfin inefficacité complète du traitement spécifique. Quant à la *tuberculose linguale*, certains points s'opposeraient encore à son admission dans le cas actuel. Nous ne trouvons pas, en effet, autour de ces ulcérations, les petits semis jaunâtres, caractéristiques des granulations tuberculeuses. En outre, la cautérisation ignée a donné un bon résultat que l'on avait inutilement demandé à l'acide lactique, proposé aujourd'hui par M. Méneau. Pourquoi enfin l'examen bactériologique est-il resté négatif et cette tuberculose, si tuberculose il y a, viendrait-elle affecter exclusivement la muqueuse buccale, laissant parfaitement intact le reste de l'organisme? Au nom de la clinique, M. Davezac ne peut que soulever des doutes, sur les opinions proposées par ses collègues, au sujet de ce malade. Il attend de l'observation ultérieure des données, jusqu'à ce jour insuffisantes, pour permettre un diagnostic indiscutable.

Lymphangiome de la joue. — Présentation de malade.

M. Demons présente une fillette de six ans, de très belle santé, atteinte, depuis sa naissance, d'une tumeur située à la face interne de la joue droite. Elle est ovoïde, à grand axe transversal et s'étend de l'orifice du canal de Sténon à la commissure labiale correspondante. Du volume d'une amande, sa surface paraît accidentée de petites saillies ressemblant à de petits grains de mil. Elle est molle, réductible, de consistance uniforme. C'est une tumeur congénitale formée de vaisseaux lymphatiques, c'est un *lymphangiome*, tumeur très rare, sur le traitement de laquelle le présentateur demande l'opinion de la Société.

M. W. Dubreuilh croit, comme *M. Demons*, qu'il s'agit ici d'un lymphangiome congénital et d'un lymphangiome pur. D'ordinaire, la tumeur est mixte et composée à la fois de tissu vasculaire lymphatique et de

tissu vasculaire sanguin, ce qu'on appelle un *hémangiome*. Cette composition mixte a dû exister ici dès le début, car, ainsi que le rapporte la mère de cette enfant, la tumeur présentait primitivement des parties noires, que seule peut expliquer l'existence de vaisseaux sanguins. Actuellement, ces particularités ont disparu macroscopiquement, mais peut-être un examen histologique décelerait-il les traces de ces primitives altérations.

Ceci dit sur le côté anatomo-pathologique, M. W. Dubreuilh dira deux mots du traitement à appliquer. Il faut extirper la tumeur ou la détruire sur place. L'extirpation exposerait à une cicatrice consécutive et aux conséquences difficiles à prévoir d'une rétraction cicatricielle. La destruction peut se faire par l'électrolyse ou par l'application de pointes du galvanocautère. Peut-être ce dernier mode d'action serait-il préférable vu l'âge de cette enfant. Le traitement ne peut manquer d'être efficace, car l'affection est sédentaire, au lieu de présenter la tendance extensive qu'elle revêt dans d'autres cas.

Histoire d'un glaucome et considérations générales sur cette maladie.

M. Armaignac lit le travail suivant :

Le glaucome, malgré les nombreuses recherches faites jusqu'à ce jour par les cliniciens et les anatomo-pathologistes, est encore entouré d'une profonde obscurité dans son essence et dans ses causes. Quelques auteurs même vont jusqu'à lui refuser le nom de maladie et ne voient en lui qu'un symptôme, une manifestation d'un état particulier de l'œil.

Véritable protéée, le glaucome peut affecter les formes les plus diverses : tantôt il est foudroyant et amène la cécité en quelques heures, au milieu d'atroces douleurs ; tantôt il est lent, chronique, indolore durant des années, sans produire autre chose qu'une restriction

plus ou moins notable de l'accommodation et un peu de rétrécissement du champ visuel; tantôt il est simplement prodromique et ne s'accuse que par l'apparition momentanée de cercles irisés autour des foyers lumineux et, dans le champ visuel du malade, d'un trouble plus ou moins intense, qui donne absolument la sensation d'une fumée; tantôt, enfin, après être resté un temps plus ou moins long prodromique ou chronique, il devient aigu, *irritatif*, comme disent les auteurs, et revêt alors la première forme que je viens de mentionner.

Pour quelques auteurs, le glaucome aigu serait un état inflammatoire, s'accompagnant, comme toutes les inflammations, de rougeur, de tuméfaction et de douleur. Pour d'autres, de Wecker par exemple, le glaucome n'est jamais inflammatoire, il est simplement *irritatif*. Voilà pour les formes. Si, maintenant, nous passons aux causes, nous nous trouvons en présence de théories aussi nombreuses que variées, ayant chacune ses partisans et ses adversaires. Je ne citerai que pour mémoire les théories anciennes, qui faisaient résider le glaucome dans le cristallin ou le corps vitré (Brisseau), dans la rétine ou le nerf optique (Wenzel, Weller). Après le cristallin, la rétine et le corps vitré, ce fut le tour de la choroïde (Canstatt, Chelius, Sichel père). Cette dernière théorie a persisté jusqu'à nos jours et a encore de nombreux adhérents. Enfin, lorsque la découverte de l'ophtalmoscope eut permis de voir sur le vivant ce qui se passait au fond de l'œil pendant l'état glaucomateux ou l'attaque aiguë, on vit surgir de nouvelles théories, et cependant il faut bien savoir que les ophtalmologistes les plus illustres de l'époque, Ed. de Jaeger en 1854 et de Graefe en 1855, décrivirent la papille optique comme bombée et « forment, dit de Graefe, dans presque toute son étendue, un monticule arrondi et fortement proéminent ». Ce

grand clinicien ne reconnut son erreur que quelques années après, lorsque les magnifiques travaux de Foerster et de Weber (1857) eurent démontré que dans le glaucome la papille, au lieu d'être proéminente, était, au contraire, déprimée et enfoncée. H. Müller reconnut ce fait sur le cadavre.

Tout en admettant une saillie de la papille, de Graefe avait écrit en 1855 que « l'amaurose, suite du glaucome aigu, se laisse rapporter à une exagération de la pression intra-oculaire (dureté du globe, anesthésie de la cornée, paralysie de l'iris, pouls artériel, etc.) » ; mais il n'avait pas, pour cela, découvert l'exagération de la pression intra-oculaire dans le glaucome. Déjà Demours, Weller, Mackenzie et Midlemore avaient constaté et décrit ce symptôme bien longtemps auparavant, et ces deux derniers auteurs, conséquents avec le fait observé, pratiquaient déjà en 1830 des paracentèses scléroticales pour diminuer cette tension.

De Graefe connaissait l'augmentation de la tension intra-oculaire dans le glaucome ; dès lors, il en chercha l'explication et il inventa la théorie de l'hypersécrétion, suite de choroïdite. L'exsudation imbibait le corps vitré, en augmentait le volume et produisait ainsi la dureté du globe. Quant à la cause de la choroïdite exsudative ou séreuse, de Graefe croyait devoir l'attribuer à une irritation des nerfs sécréteurs.

Pendant ce temps, Donders créait la théorie d'après laquelle « le glaucome est la conséquence d'une névrose des nerfs sécréteurs de l'œil ». Comme conséquence de cette théorie, la névrose pourrait être de cause *centrale*, *périphérique* ou *réflexe* ; il y aurait un glaucome *spinal* et *cérébral*. De plus, il fallait encore préciser quel était le nerf sécréteur. Or, la question n'est pas encore résolue. Est-ce le sympathique, est-ce le trijumeau ? Tout ce que l'on paraît savoir aujourd'hui, d'après les expériences des physiologistes, c'est

que les nerfs vaso-moteurs proviennent du sympathique et que la dilatation des vaisseaux, sous l'influence d'une parésie du sympathique, concorde avec une diminution de pression; inversement, la contraction vasculaire par irritation des fibres du sympathique concorde avec une augmentation de pression.

Enfin, la dernière théorie émise pour expliquer la tension intra-oculaire se formule de la manière suivante : « L'augmentation de la pression est due à un accroissement du contenu du globe oculaire par entrave portée à l'excrétion, à la filtration oculaire. »

Cette théorie, basée sur les travaux de H. Müller (1858), d'Althof (1861), de Manfredi et Knies (1876), de Wecker et Ad. Weber, a de nombreux partisans et est soutenue en France avec une grande énergie par M. de Wecker en particulier. On suppose, non sans bonnes raisons anatomiques et expérimentales (Leber, Knies, Ulrich), que les liquides séreux nourriciers de l'œil sortent de cet organe par deux grandes voies : 1^o la voie antérieure, constituée par le canal de Schlemm et le canal de Fontana et les espaces de Fontana; 2^o la voie postérieure, constituée par l'espace intervaginal des gaines du nerf optique. La chambre antérieure et la chambre postérieure emmagasinent le liquide nourricier épuisé, qui n'est autre que l'humeur aqueuse.

Tout le monde sait avec quelle abondance et quelle rapidité se produit l'humeur aqueuse lorsqu'on ouvre la chambre antérieure : en quelques minutes ce réservoir se remplit, et lorsque la plaie cornéenne se maintient ouverte, de gros plumasseaux de charpie ou de coton hydrophile peuvent être totalement imbibés en quelques heures. Il nous est impossible de savoir si, à l'état normal, lorsque la cornée ne présente aucune solution de continuité, la production d'humeur aqueuse est aussi abondante; mais s'il en était ainsi, ce courant serait considérable, et l'on comprend faci-

lement que la moindre gêne apportée à la sortie du liquide dût produire l'état glaucomateux de l'œil.

J'ai dit tout à l'heure qu'il existait plusieurs formes de glaucome : prodromique, chronique simple, chronique simple irritatif, aigu, ayant chacune des symptômes communs et des symptômes propres. Comme, d'autre part, toutes ces formes peuvent se succéder ou alterner dans le même œil, il est évident que la lésion anatomique ne saurait être ni unique ni permanente. Stilling, Laqueur et de Wecker admettent un glaucome *postérieur* et un glaucome *antérieur*. Le premier, représenté par le glaucome chronique simple, dans lequel le symptôme primordial consiste dans le refoulement de la papille, avec intégrité de la chambre antérieure et de la position de l'iris, serait produit par une entrave excrétoire qui s'établirait autour du nerf optique. Le second peut être produit, soit par une entrave à l'excrétion postérieure et antérieure à la fois (glaucome chronique simple irritatif), soit par une entrave à l'excrétion antérieure seule (glaucome aigu, foudroyant). Cette théorie est sans doute fort séduisante, mais elle a l'inconvénient de ne pas être absolument démontrée. Dans les coupes de la région péri-cornéenne, les belles préparations microscopiques de Waldeyer ont montré que, dans le glaucome aigu, on pouvait constater une oblitération ou un rétrécissement plus ou moins accusé des canaux de Schlemm et de Fontana et un accollement du grand cercle de l'iris à la périphérie de la cornée, mais rien ne prouve que cela soit plutôt une cause qu'un effet du glaucome. La meilleure preuve, c'est qu'après la disparition d'une attaque aiguë ou après une opération de sclérotomie par exemple, l'iris et la chambre antérieure peuvent rester dans le même état qu'avant l'attaque, et, malgré cela, la tension intra-oculaire est diminuée et la vision est redevenue bonne.

Comment se perd la vue dans le glaucome? Dans la forme chronique, tantôt la vision diminue peu à peu, progressivement et s'accompagne d'un rétrécissement du champ visuel en haut et en dedans; tantôt, au contraire, la vision reste absolument bonne pendant plusieurs années, malgré la tension du globe et le refoulement de la papille optique en arrière. Dans la forme aiguë, que celle-ci survienne d'emblée ou se greffe sur un état chronique, il est probable que c'est à un excès de compression de la rétine et du nerf optique qu'est due la cécité qui survient rapidement en pareil cas. Cette compression peut même être telle, que la cécité persiste pendant quelques jours seulement ou d'une manière définitive.

Enfin, un dernier point à considérer, c'est de savoir si le glaucome aigu est inflammatoire ou non. Plusieurs auteurs, de Wecker entre autres, soutiennent qu'il n'y a jamais d'inflammation plus ou moins intense. Pour ma part, je me range volontiers à cet avis, car il me paraît difficile de dire qu'un œil n'est pas enflammé lorsqu'il est rouge, tuméfié, sensible et douloureux; ce sont là, en effet, les principaux caractères de l'inflammation. On peut même y ajouter la sécrétion ou l'exsudation, car on voit apparaître dans l'humeur aqueuse et dans l'humeur vitrée un trouble plus ou moins accusé. D'après de Wecker, les humeurs de l'œil resteraient transparentes, et ce serait la cornée qui seule deviendrait trouble. Malgré la grande autorité de ce savant ophtalmologiste, je puis affirmer qu'il y a des cas, et celui que je vais rapporter tout à l'heure est un de ceux-là, où la cornée reste transparente, tandis que le corps vitré devient tellement trouble qu'il est impossible d'apercevoir au travers le fond de l'œil.

L'évolution du glaucome, qu'il soit aigu ou chronique, présente la plupart du temps une marche

qu'on peut appeler classique et qui est bien connue de vous tous. Il est des cas cependant qui s'écartent de la règle ordinaire et peuvent offrir quelque enseignement. Je vous demande la permission de vous en rapporter un à titre de simple observation clinique, et de vous signaler ensuite les particularités intéressantes qu'il a présentées.

M. P... (d'Angoulême), âgé de cinquante-cinq ans, vint me consulter, pour la première fois, au mois de mars 1891. Trois mois auparavant, me disait-il, il avait perdu la vue de l'œil gauche en quarante-huit heures, à la suite de douleurs atroces qui avaient duré plusieurs jours et plusieurs nuits et que le médecin qui l'avait soigné avait déclaré se rattacher à un glaucome aigu. Au moment de mon examen, je trouvai l'œil gauche dans l'état suivant : cornée trouble, mais douée d'une sensibilité normale; iris dilaté *ad maximum* et immobile; T + 2 et perception lumineuse complètement abolie. Impossibilité d'éclairer le fond de l'œil à cause du trouble de la cornée.

Une chose qui frappait tout d'abord en examinant ce malade, c'était l'aspect extérieur de ses yeux dont la sclérotique était parcourue de veines énormes, tortueuses, émergeant tout autour de la cornée et se dirigeant dans le sens des quatre muscles droits. Depuis sa jeunesse, paraît-il, les yeux étaient dans cet état, et jusqu'au moment où il avait perdu l'œil gauche la vision avait toujours été excellente.

A droite, on constatait une hypermétropie égale à 1 dioptrie avec acuité visuelle, chromatopsie et champ visuel normaux. L'œil était dur, T + 1, et, à l'ophtalmoscope, on trouvait la papille assez profondément excavée; cercles irisés autour des flammes. C'étaient là les principaux caractères d'un glaucome chronique simple. Je conseillai des lunettes coquilles fumées pour dehors et un verre convexe de 3,50 dioptries pour lire. Je recommandai, en outre, au malade de bien faire

attention à son œil droit et de venir me voir dès qu'il surviendrait quelque chose d'anormal.

Le 15 avril, soit environ un mois après sa première visite, M. P... revint chez moi. L'œil droit était dans le même état que la première fois; mais à gauche, tandis que la cornée s'était à peu près complètement éclaircie, le cristallin, au contraire, était devenu tout à fait opaque. Je conseillai d'instiller, matin et soir dans chaque œil, une goutte d'une solution de nitrate de pilocarpine au $\frac{1}{100}$.

A la fin de 1891 et pendant l'année 1892, je revis le malade tous les deux ou trois mois et, chaque fois, je pus constater que ses yeux et sa vision étaient absolument dans le même état. Les instillations de pilocarpine furent interrompues de temps en temps, mais pendant quelques jours seulement, car M. P..., dès qu'il en cessait l'emploi, ne tardait pas à voir une auréole autour des lumières.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au commencement de l'année 1893.

Le 6 janvier, dans le courant de la nuit, notre malade éprouva de vives douleurs dans son œil droit et le matin, à son lever, il ne voyait plus suffisamment pour se conduire. Dans l'après-midi, la vision s'améliora un peu, mais disparut de nouveau pendant la nuit suivante.

Le 7 janvier, il vint à Bordeaux. La vision, qui avait disparu de nouveau pendant la nuit et dans la matinée, s'améliora dans l'après-midi et l'acuité visuelle remonta à $\frac{1}{5}$. L'œil ne paraissait pas irrité; la pupille était étroite; la cornée, bien transparente, avait sa sensibilité normale, mais la tension intra-oculaire atteignait $T + 2$. Les milieux étaient bien transparents et permettaient de voir très nettement le fond de l'œil. Je prescrivis un collyre de cocaïne à 3 %.

Le 8 janvier, au matin, la vision était redevenue très mauvaise: $V = \frac{1}{15}$; cependant, il n'existait pas de douleur véritable dans l'œil, mais seulement une certaine gêne dans l'orbite. La cornée était tout à fait transpa-

rente et la pupille, passablement dilatée par la cocaïne, permettait de constater un trouble notable du corps vitré et une hyperémie considérable du fond de l'œil, qui paraissait très rouge, bien qu'on ne pût distinguer nettement ni les vaisseaux ni la papille.

En présence de la vascularisation anormale si prononcée du segment antérieur de l'œil, je n'osai pratiquer tout d'abord ni la sclérotomie ni l'iridectomie, redoutant de voir se produire pendant l'opération une hémorragie qui entraînerait la perte absolue et irrémédiable du peu de vision qui restait. Je me contentai d'appliquer la sangsue artificielle de Heurteloup à la tempe droite et de tirer cinq tubes de sang.

Le lendemain matin, je trouvai le corps vitré absolument transparent, la rétine décongestionnée et l'acuité visuelle remontée à $\frac{5}{7}$. Les arcs-en-ciel autour des lumières ne se montraient que de temps en temps. Instillations de cocaïne dans la journée.

Le 10 janvier, l'œil paraissait revenu à l'état normal et l'acuité visuelle était remontée à $\frac{5}{7}$. Je remplaçai le collyre de cocaïne par un collyre de nitrate de pilocarpine à $\frac{1}{100}$.

Cette amélioration si considérable fut de courte durée, car le lendemain matin je trouvai la cornée trouble, la pupille ovale et l'acuité visuelle descendue à $\frac{1}{10}$. Je fis alors remplacer la pilocarpine par la cocaïne. Dans la soirée, la pupille s'était dilatée et la vision notablement améliorée. J'instillai deux gouttes de solution de sulfate d'atropine à $\frac{1}{100}$, n'ayant pas contre ce médicament la prévention de la plupart des auteurs. Presque aussitôt après les instillations d'atropine la pupille se dilata largement et la vision redevint bonne. Je remplaçai néanmoins ce mydriatique par la cocaïne.

Le 14 janvier, dans la matinée, bien que la cornée fût redevenue tout à fait transparente et l'humeur aqueuse ainsi que l'humeur vitrée bien limpides, la vision était très mauvaise. Dans l'après-midi, elle s'améliora au point de permettre au malade de lire son journal. Le 15, ce fut le contraire : le matin, la vision

était bonne et, le soir, la cécité était presque complète. Pendant tout ce temps, la tension intra-oculaire avait oscillé entre $T + 1$ et $T + 2$.

Pendant cinq jours encore, la vision fut tantôt bonne, tantôt mauvaise et on continua d'employer le collyre de cocaïne. Ayant voulu essayer les instillations d'ésérine, je dus y renoncer, car elles produisirent une aggravation immédiate qui fut conjurée par l'emploi de la cocaïne.

Le 20 janvier, le malade repartit pour Angoulême avec une acuité visuelle égale à $\frac{1}{4}$. Il devait instiller simultanément de la cocaïne et de la pilocarpine.

Pendant huit jours, la vision resta à peu près dans le même état; mais le 30 janvier survint une attaque aiguë de glaucome, avec douleurs intolérables et perte complète de la vision en quelques heures. Il ne restait plus qu'un peu de perception lumineuse.

Dans ces circonstances, le malade se croyant définitivement aveugle, ne voulait plus faire aucun traitement et ce ne fut que sur mes instances réitérées qu'il se décida à venir à Bordeaux, bien qu'il n'eût plus depuis quatre jours qu'un peu de perception lumineuse.

Décidé, cette fois, à risquer le tout pour le tout, je lui fis, dès son arrivée, une petite iridectomie en haut. Malgré l'emploi de la cocaïne, l'opération fut extrêmement douloureuse et il s'écoula par la plaie cornéenne une grande quantité d'humeur aqueuse.

Cependant les douleurs ne tardèrent pas à se calmer et, dès la nuit suivante, le malade put jouir d'un sommeil réparateur dont il était privé depuis quatre jours, mais la cécité était la même qu'avant l'opération. Cela dura ainsi huit jours encore et je n'avais plus espoir de lui voir recouvrer la vue après douze jours de cécité à peu près absolue lorsque, le 9 février, il sembla que la vue revenait un peu; le malade avait pu distinguer les plus gros objets qui étaient dans sa chambre. Pendant ce temps, la plaie cornéenne, bien que très régulière, était restée béante et une quantité considérable d'humeur aqueuse n'avait cessé de couler

A partir de ce jour, la vision s'améliora insensiblement d'une façon régulière et, le 18 février, seize jours après l'opération, lorsque le malade partit pour retourner chez lui, il pouvait déjà lire les caractères ordinaires d'un journal; mais le champ visuel était très rétréci.

Le 9 mars, la guérison était complète, il existait un petit enclavement de l'iris. Les milieux étaient parfaitement transparents, toutefois la papille était pâle et les vaisseaux rétinienens tortueux à partir de leur point d'émergence au centre du disque. L'œil présentait un astigmatisme cornéen considérable et, avec $120^{\circ} - 3 \text{ D.}$, on obtenait une acuité visuelle égale à $\frac{1}{4}$.

La vision s'est maintenue jusqu'à présent dans le même état; la tension intra-oculaire est redevenue à peu près normale et, bien que le champ visuel soit un peu plus restreint qu'avant l'attaque aiguë de glaucome, le malade peut vaquer à ses occupations et se trouve très satisfait de son état actuel qui, je l'espère, se maintiendra. Du reste, l'iridectomie n'ayant pas été suivie d'hémorragie intra-oculaire comme la vascularisation anormale du segment antérieur de l'œil me l'avait fait craindre, je n'hésiterais plus maintenant à faire encore une autre iridectomie ou une sclérotomie s'il survenait une nouvelle attaque aiguë de glaucome.

L'observation, un peu minutieuse dans ses détails que je viens de rapporter, contient plus d'un enseignement; elle démontre, tout d'abord, que chez le même individu un œil peut être perdu irrémédiablement après une première attaque de glaucome aigu, tandis que le second peut en supporter un grand nombre sans se perdre et même recouvrer la vue après douze jours de cécité à peu près complète. La vascularisation anormale de l'œil n'est pas non plus une contre-indication pour pratiquer l'iridectomie.

Cette observation prouve encore, ce qu'on sait déjà du reste, qu'un glaucome chronique simple peut persister pendant des années sans occasionner de

diminution notable de la vue, malgré une tension intra-oculaire persistante et une excavation profonde de la papille.

Les alternatives de cécité et de vision, qui se sont succédé quotidiennement pendant une quinzaine de jours chez mon malade, sont également étranges, ainsi que ces faits particuliers que, même pendant l'attaque aiguë, la chambre antérieure n'a jamais cessé d'être profonde et l'iris n'a jamais été projeté en avant ni en contact avec la circonférence de la cornée, si ce n'est toutefois après la guérison de l'accès aigu de glaucome.

Les alternatives de transparence et de limpidité de la cornée et des humeurs de l'œil, que j'ai observées avec la plus scrupuleuse attention, sont également assez étranges et viennent infirmer l'opinion si absolue de de Wecker à cet égard.

Enfin, il n'est pas jusqu'à l'action spéciale des mydriatiques et des myotiques dans le glaucome qui ne soit en contradiction avec le fait que je viens de relater et dans lequel l'ésérine a donné un très mauvais résultat, tandis que l'atropine et la cocaïne, qui sont toutes les deux des mydriatiques, ont, au contraire, été favorables.

Si le traitement chirurgical du glaucome est, dans tous les cas où il est applicable, la ressource la plus précieuse de la thérapeutique, il ne faut pas oublier non plus que d'autres moyens, parmi lesquels je dois citer la saignée pratiquée au voisinage de l'œil et à laquelle j'ai eu souvent recours sous forme de ventouse à pompe de Heurteloup, de sangsues ou d'autre procédé, ne sont pas à dédaigner toutes les fois que l'état de l'œil fait redouter une issue funeste pour l'iridectomie.

Sur la proposition de *M. Sous*, la discussion sur le

travail de M. Armaignac est renvoyée à une séance ultérieure.

Un nouvel excipient pilulaire.

M. Carles. Pendant que la thérapeutique introduit de plus en plus dans son arsenal les médicaments chimiques, la pharmacie a le devoir de rechercher les moyens de conserver à ces agents toute leur intégrité, c'est à dire toute leur valeur pharmacodynamique, jusqu'au moment où, comme disaient nos pères, ils sont introduits au corps humain.

Quoique la forme pilulaire ait diminué d'importance depuis la découverte des cachets médicamenteux, elle n'en a pas moins conservé encore un rôle fort notable en pharmacie; mais comme pour donner et conserver aux médicaments la forme sphérique, il est indispensable d'avoir recours à des excipients de nature organique ⁽¹⁾, et comme ces excipients ont une action décomposante sur un certain nombre d'espèces chimiques, on a dû renoncer jusqu'à présent à les administrer en pilules.

La présente note a pour but de combler cette lacune et de donner un moyen de conserver indéfiniment en pilules quelques combinaisons chimiques fort altérables. Voici comment nous avons été appelé à le proposer à la thérapeutique.

On sait que si le permanganate de potasse cristallisé est entré depuis plus de vingt ans dans la liste des médicaments externes, ce n'est que depuis peu d'années qu'on le prescrit à l'intérieur. L'administrer en pilules sans qu'il se décompose plus ou moins n'est pas chose aisée; et des diverses formules qui ont été proposées dans ce but, une seule, dit feu notre ami Ferrand, répond partiellement aux exigences pharmaceutiques ⁽²⁾. C'est celle qui consiste à unir le permanganate pulvérisé à l'onguent de kaolin ⁽³⁾ comme excipient. Ce faux onguent est formé de kaolin et de paraffines et vaselines

⁽¹⁾ Miel, sirop, manne, extraits divers.

⁽²⁾ *Union pharmaceutique*, 1880, p. 103.

⁽³⁾ *Formulaire anglais*, de Martindale.

de consistance variable. Le kaolin, corps minéral formé de silicates alumineux, est, par nature, inattaquable par les agents chimiques les plus brutaux et se trouvait naturellement indiqué ici pour former la charpente pilulaire; on en pourrait dire autant de la paraffine et des vaselines, carbures saturés qui, à cause de cela, offrent, malgré leur nature organique, la plus grande inertie chimique. Quant à leur mélange, il est susceptible, en modifiant les doses, d'une grande variabilité de consistance; et, comme il est toujours fort malléable, il se prête merveilleusement au rôle d'excipient pilulaire. Mais cet onguent a un grand défaut, celui d'être absolument réfractaire aux humeurs gastro-intestinales et, par conséquent, de laisser passer les pilules debout. En laissant séjourner à 37° des pilules formées à son aide, dans les liquides les plus variables, il sera facile de s'en faire une idée.

En présence de ce résultat, nous avons pensé, après d'autres, que le kaolin seul pourrait remplir l'office voulu. L'usage qu'on en fait dans l'industrie montre, en effet, que lorsqu'il est mis en pâte avec l'eau, il peut prendre et garder les formes plastiques les plus variées que fixe la cuisson. Mais comme en pharmacie on ne peut recourir à ce moyen, nous avons eu l'idée de lui communiquer cette propriété en faisant cristalliser lentement dans sa masse un sel neutre. C'est au sulfate de soude ou sel de Glauber que nous avons réservé cet emploi.

Ce sel à l'état ordinaire possède 56 % d'eau qu'il perd très lentement dans l'air sec en s'effleurissant ou rapidement et en totalité au rouge. Eh bien! c'est à cette température que nous le soumettons ⁽¹⁾, de telle sorte que lorsque nous l'aurons mélangé à froid au kaolin et à l'agent médicamenteux, il solidifiera toute la masse, si on lui rend l'eau qu'il a perdue au feu. Remarquons que ce sel est neutre, qu'il est sans action sur la plupart

(1) Il doit être ensuite conservé en flacon bouché, sans quoi il risquerait de s'hydrater, surtout pendant l'hiver.

des médicaments chimiques ⁽¹⁾ et, qu'à la dose usitée, il ne peut avoir aucune action propre sur l'organisme.

L'expérience démontre qu'au point de vue pharmaceutique il répond bien au but indiqué.

Triturons ensemble, en effet : kaolin, 2; sulfate de soude anhydre, 1; eau, 1 *au plus* ⁽²⁾, et nous aurons une masse plastique qui restera telle pendant six à dix minutes, et qui, après un quart d'heure, sera d'une dureté telle qu'on *pourra* la projeter sur le sol sans risque de la casser.

Si on introduit dans ce mélange, en poudre très fine, du permanganate de potasse, de nitrate d'argent, de chlorure d'or, des iodures de mercure..., sels tous essentiellement instables et altérables au contact des matières organiques, les pilules ne se modifieront pas d'aspect et conserveront indéfiniment le *principe actif intact*.

Ainsi voilà des pilules de chacune de ces espèces faites depuis de longs mois. Rien dans leur aspect extérieur ne permet de soupçonner la moindre altération. En vérité, il en est bien ainsi, car si nous les mettons en contact avec une cuillerée d'eau, *dans une minute* au plus ⁽³⁾ elles se désagrègent en laissant le sel chimique dans toute sa pureté.

La solution de permanganate est d'un violet aussi améthyste que celle que fournit le sel pur, et l'analyse quantitative démontre qu'il n'a en rien été réduit; la solution de chlorure d'or est d'un beau jaune et l'acide oxalique, aidé de la chaleur, prouve bien qu'il s'agit du noble métal; le sel d'argent fournit une liqueur qui est fort limpide après un instant de repos et qui précipite avec toute l'énergie voulue par les chlorures.

Mais il y a plus encore. D'autres substances non chimiques sont encore fixées par notre excipient. Ainsi,

(1) Il ne peut être associé aux sels de barite, de plomb, de chaux.

(2) Il ne faut pas oublier que si on rendait au sulfate anhydre la totalité ou plus des 56 %, d'eau qu'il renferme à l'état ordinaire, il risquerait de s'effleurir dans les pilules et de les laisser tomber en poussière.

(3) A cause de cette rapidité même, il est bon quelquefois d'entourer la pilule d'un papier à cigarette, ou de papier de soie, ou d'un pain azyme.

l'huile de croton, qui est dans ces balles solides, va venir en un instant à la surface de l'eau de ce tube. La créosote, qui est dans ces autres, va se séparer de même. Cependant nous reconnaissons que pour ce dernier médicament le savon est préférable.

Le kaolin peut être remplacé par d'autres argiles pures que l'on trouve chez les potiers, les faïenciers, les raffineurs de tartre; mais, plus encore que le kaolin, elles doivent être soumises avant l'usage à la calcination, car il en est bien peu qui ne renferment pas de matières organiques, dont l'élimination est urgente.

M. R.-Saint-Philippe demande à *M. Carles* si l'iodure de soufre peut être mis sous la forme pilulaire qui vient de nous être montrée.

M. Carles répond que l'iodure de soufre, comme tous les médicaments incapables d'être décomposés par le sulfate de soude, sera facilement employé par son procédé.

La séance est levée.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1893

PRÉSIDENCE DE M. CHABRELY

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. W. Dubreuilh a revu le malade de *M. Davezac* et croit que les ulcérations linguales qu'il présente sont de nature syphilitique. Ce sont des gommes syphilitiques ulcérées.

Incisions périorbitaires dans le glaucome.

M. Sous lit le travail suivant :

De toutes les maladies oculaires, si l'on excepte la cataracte, le glaucome est sans contredit l'affection qui

a donné naissance au plus grand nombre d'écrits, de mémoires, de dissertations, contenant les opinions les plus diverses et les plus variées. En effet, cette maladie prend souvent des allures et une marche si insolite, qu'elle a toujours attiré l'attention et fait éclore de nombreux travaux.

Le travail que nous a communiqué M. Armaignac nous fait connaître des symptômes et une marche qu'on n'a pas l'habitude de constater. Le fait qu'il nous a exposé bat en brèche l'opinion de Laqueur, adoptée et développée par beaucoup d'auteurs et largement prônée par M. de Wecker. Il vient confirmer l'idée émise, en 1884, par Pflüger. Cet auteur avait soutenu à cette époque que lorsque la chambre antérieure a sa capacité normale, l'atropine ne fait pas passer le glaucome de l'état chronique à l'état aigu, et il ajoutait qu'il est des cas où l'atropine guérit et d'autres où l'ésérine est nuisible.

Cette opinion, qui heurtait de front les idées reçues, passa inaperçue, et M. Armaignac est venu par son expérience la mettre en relief, en la confirmant et en lui donnant une plus grande valeur.

Si le glaucome présente dans sa marche quelques particularités, j'oserai presque dire de fréquentes anomalies, il en offre aussi dans sa thérapeutique, où cependant les procédés opératoires sont aussi nombreux que variés.

Depuis les travaux de de Græfe, l'iridectomie est sans contredit un mode de traitement qui a prévenu bien des cas de cécité, et cependant cette opération a ses succès, ses indications et ses contre-indications. Il est des cas qui n'en retirent aucun profit, il en est même d'autres où elle est plus nuisible qu'utile. De là les nombreux procédés opératoires pour la remplacer.

Ces opérations peuvent être classées en deux catégories, celles qui se pratiquent sur l'œil et celles qui

agissent en dehors de cet organe et dans son voisinage.

Celles qui appartiennent à la première catégorie sont les plus nombreuses. Ce sont : paracentèse de la cornée et de la sclérotique, sclérotomie, fistule sclérale, ophtalmotomie, extraction du cristallin et ponction du corps vitré, section du muscle ciliaire, ponction de l'iris, myotomie intra-oculaire, excision d'une partie de la cornée.

Cette dernière opération fut conseillée par Fano, en 1863 (*Gazette des Hôpitaux*, 1863). Dans un cas où l'iridectomie, loin d'arrêter la marche du glaucome, était au contraire devenue le point de départ de violentes douleurs, Fano fit une excision d'une partie de la cornée pour produire une fistule passagère. Les douleurs disparurent pendant sept jours et elles se montrèrent de nouveau. La même opération fut répétée et la guérison fut complète.

En 1853, Vallez avait conseillé cette opération dans le même cas, mais dans un autre but ; c'était pour calmer les douleurs et amener l'atrophie du globe oculaire.

Parmi les opérations de la seconde catégorie, celles qui sont pratiquées au voisinage de l'œil, nous devons placer en première ligne l'arrachement du nerf nasal, procédé imaginé par notre collègue M. Badal et, en seconde ligne, les sections artérielles conseillées par Heyl, en 1883.

Heyl procède de la façon suivante. Il lie l'artère frontale, puis il ouvre l'artère sous-orbitaire qu'il lie quand une certaine quantité de sang s'est écoulée.

Abstraction faite du lieu d'élection préconisé par Heyl, l'idée des émissions sanguines au voisinage de l'œil a eu ses moments de vogue.

En 1740, Maître Jan disait : « Nos auteurs conseillent aussi l'ouverture des veines du front et des tempes et même celles des angles des yeux. »

En 1770, « les anciens, écrivait Deshayes Gendron, ouvraient même la veine angulaire située au grand angle de l'œil ».

Bien avant ces auteurs, en 1729, et dans un ouvrage d'Hecquet, intitulé : *Remarques sur l'abus des purgatifs*, on trouve les lignes suivantes, page 287 : « On a recommandé dans les maladies des yeux d'ouvrir les veines du coin de l'œil, d'autres ont fait des scarifications dans les parties voisines. »

Il résulte de ces citations que, dans le siècle dernier, on avait conseillé des sections au niveau du grand angle de l'œil et même, d'après Hecquet, des scarifications dans les parties voisines de cet organe; mais à cette époque, c'était du sang que l'on voulait obtenir et, comme avec ces procédés il s'en écoulait très peu, on y renonça très vite.

Si les auteurs anciens nous paraissent avoir des opinions bizarres, des idées fausses, des conceptions erronées, des hypothèses fantastiques, n'est-il pas permis de supposer que, malgré leurs interprétations peu scientifiques, ils ont eu, eux aussi, leurs succès et leurs revers? En présence des nombreux moyens conseillés pour combattre le glaucome, il m'a paru logique de rechercher si dans les procédés anciens, peu connus, presque ignorés, à coup sûr oubliés, dans ces scarifications pratiquées au voisinage de l'œil dont parle Hecquet, il n'y avait pas un mode de traitement qui pourrait avoir ses succès et ses indications.

C'est pour obéir à cet ordre d'idées que je viens vous donner connaissance des faits que j'ai récemment observés.

Obs. I. — C..., tonnelier, boîte de la jambe droite à la suite d'une chute dans une cave en 1872.

Il vient me consulter le 27 février 1883. Il me raconte qu'il a été atteint, le mois d'octobre précédent, d'une

ophtalmie intense à l'œil droit, avec violentes douleurs névralgiques. La vision fut perdue dès les premiers jours. Je constate une diminution de la chambre antérieure, pupille dilatée et immobile, papille excavée et tension du globe augmentée. La vision est complètement abolie. En présence de ce glaucome absolu, conséquence d'une attaque aiguë qui avait été prise pour une ophtalmie compliquée de névralgie, je me bornai à lui indiquer des précautions hygiéniques.

Dans les premiers jours de juillet 1889 surviennent tous les symptômes d'une attaque aiguë, injection péri-cornéenne, cornée trouble et insensible, globe oculaire très dur, impossibilité d'éclairer le fond de l'œil, douleurs oculaires s'irradiant dans le front, la tempe et le côté droit de la tête. Insomnie, perte d'appétit. Paupière supérieure œdématiée. Je lui conseille une intervention chirurgicale, non pour ramener la vision, mais pour remédier à sa situation. Il refuse et va consulter plusieurs médecins. Tous les médecins qu'il consulte lui parlent de la nécessité absolue de recourir à une opération. En présence de cette uniformité d'opinions sur le traitement de sa maladie, il se décide à se faire opérer et, le 18 juillet 1889, je pratiquais une large iridectomie.

Le 19 juillet, la nuit a été bonne. Le malade a bien dormi, les douleurs ont disparu, mais les pièces de pansement présentent quelques taches sanguinolentes. La plaie est entre-bâillée et garnie d'un caillot que j'enlève avec des pinces. La chambre antérieure est remplie de sang et l'iris est complètement masqué.

Les jours suivants, la cornée suppure et l'œil s'atrophie, sans réaction générale, les nuits étant bonnes et la douleur absente.

Au mois de juin 1890, étant dans la rue, il perd connaissance et on le porte chez lui, où il est soigné pour une congestion cérébrale.

En septembre 1891, il se plaint que la vue de l'œil gauche est devenue plus faible, il voit des cercles irisés autour des lumières. La pupille se contracte difficile-

ment. La tension du globe est un peu augmentée. La papille présente une légère excavation. Collyre d'ésérine. Calme moral. Purgatifs salins. En huit jours, les phénomènes qu'il éprouvait disparaissent.

Dès le 8 octobre 1892, sa vision diminue de jour en jour et il arrive à ne plus pouvoir lire. Il vient me voir le 10 novembre, pouvant à peine se conduire. Il est très inquiet de son état, car il prétend qu'il éprouve les mêmes symptômes qu'en 1883, lorsqu'il perdit son œil droit. Paupière supérieure œdématiée, acuité de la vision $\frac{1}{16}$. Tension augmentée. Pupille large et immobile. Chambre antérieure diminuée. Injection conjonctivale. Cornée insensible. Fond de l'œil difficile à éclairer. Douleurs intenses dans le globe oculaire s'irradiant dans le front et la tempe.

Si le diagnostic était facile à porter, il n'en était pas de même pour le traitement à prescrire. Que faire, une iridectomie, une sclérotomie? Dans l'œil droit, nous avons été en présence d'un glaucome hémorragique. L'opération avait été ce qu'elle est dans les cas de ce genre, nullement couronnée de succès. Elle avait fait disparaître les douleurs, ramené le calme, mais l'œil s'était rapidement atrophié. Une sclérotomie eût été peut-être plus heureuse, il est permis d'en douter, et le malade, conservant le souvenir de l'opération, était décidé à repousser toute action directe sur le globe oculaire.

Fallait-il songer à agir sur le nerf nasal? Dans cette opération dont on nous a souvent entretenus, je n'ai jamais vu qu'une plaie voisine de l'œil, avec élongation du nerf nasal, puis avec arrachement de ce nerf et enfin transformée en une simple section. Il y a dans cette opération, comme dans une formule mathématique, une constante, la plaie, et une variable, les divers modes d'action sur le nerf. Malgré ces variantes, les résultats sont les mêmes. Ils ne peuvent être attribués qu'à la constante et non à la variable.

Imbu de cette idée, je résolus de faire une plaie péri-orbitaire, mais dans une région où le nerf nasal ne pût être mis en cause.

Le même jour, 10 novembre, je fais sur la queue du sourcil une incision parallèle au rebord orbitaire, d'une étendue d'un centimètre et d'une profondeur d'un demi-centimètre. Il s'écoule environ une cuillerée à café de sang et je suture la plaie.

Le 11 novembre, le malade a bien dormi. Il ne souffre plus et la première parole qu'il m'adresse, c'est pour me faire savoir qu'à son réveil il a lu son journal. La pupille est moins dilatée. La tension moindre. La cornée a recouvré sa sensibilité.

Le 14, l'acuité est de $\frac{1}{4}$.

Le 22, l'acuité est de $\frac{1}{4}$.

Depuis cette époque, il n'y a pas eu d'accidents.

Obs. II. — Dame C... Depuis le mois de mars 1892 jusqu'au mois de décembre, elle a été prise des accidents suivants à l'œil droit, accidents se montrant bientôt tous les quinze jours, tantôt toutes les trois semaines; une fois, il y a eu un intervalle d'un mois.

La vision se trouble au point que la lecture devient impossible. Des cercles irisés apparaissent autour des lumières. L'œil devient un peu rouge et larmoyant. Il est le siège de douleurs vagues, que la malade ne peut exactement définir, mais qu'elle assimile à des douleurs de migraine se localisant dans l'œil, dans l'orbite et au front. L'œil lui paraît devenir plus tendu, comme s'il allait éclater sous l'influence de l'augmentation de son contenu. Ces symptômes durent en moyenne huit à dix jours et, après chaque accès, la vision reste plus faible.

Le 26 décembre 1892, apparition d'un nouvel accès. La pupille est large, huit millimètres; celle de l'œil gauche a quatre millimètres. Tension augmentée. Sensation de plénitude intra-oculaire. Douleurs intra-oculaires et frontales. Acuité de la vision $\frac{1}{4}$. Papille excavée. Collyre d'ésérine.

Le 27, la pupille mesure sept millimètres. L'acuité est réduite à $\frac{1}{4}$. Légère injection conjonctivale. Les douleurs sont plus vives, plus aiguës. Elles sont lancinantes et s'irradient dans toute la région frontale et temporale. Le corps vitré est peu trouble. L'appétit est diminué. Le sommeil perdu.

Le 28, insomnie complète. Douleurs très vives ayant augmenté d'acuité et d'intensité. Incision au niveau de la queue du sourcil droit, d'un centimètre d'étendue. Hémorragie peu abondante.

Le 29, la nuit a été bonne. Les douleurs ont disparu. Pupille large de cinq millimètres.

Le 30, les deux pupilles sont égales. L'acuité de la vision est égale à $\frac{1}{4}$.

La malade part pour la campagne. Il n'y a pas eu d'accidents depuis cette époque.

Obs. III. — Dame C..., âgée de trente-sept ans, a reçu, à l'âge de cinq ans, un morceau de bois sur l'œil gauche qui déterminait une violente ophtalmie et la perte de la vision.

Pendant trente-deux ans, elle ne souffre nullement de cet œil, et au mois de janvier 1893, elle éprouve une sensation de gêne oculaire, puis apparaissent des douleurs, d'abord vagues, puis lancinantes et s'irradient de l'œil à toute la moitié gauche de la tête. Les douleurs devenant de plus en plus intenses, surtout pendant la nuit, la malade ne peut dormir. Elle se rend à l'hôpital où l'arrachement du nerf nasal est pratiqué le 15 mars. Le jour de cette opération, les douleurs sont moindres, mais dès le soir et les jours suivants, elles sont aussi intenses que les jours précédents. Vers la fin du mois de mars, la douleur s'atténue légèrement, elle est supportable; cet état ne dure que quelques jours et les douleurs se montrent de nouveau avec une intensité plus grande qu'auparavant. Le malade ne peut dormir, l'appétit est perdu, elle ne peut vaquer à ses occupations ordinaires.

L'œil gauche présente une adhérence de l'iris à la

cornée à la région supérieure et interne, près de l'insertion cornéo-scléroticale. La pupille est en partie comprise dans la cicatrice qui est légèrement saillante. L'œil, peu injecté, est très douloureux, surtout à la pression au voisinage de la synéchie. Injection conjonctivale peu intense. Tension du globe augmentée. Vision complètement abolie. Douleurs spontanées, très intenses et incessantes.

La malade demande à être débarrassée, non de son œil qu'elle tient à conserver, mais de la douleur intolérable qu'elle ressent. Depuis plusieurs nuits, elle n'a pu dormir. Son appétit est perdu et son moral très affaibli.

En présence de l'insuccès de l'arrachement du nerf nasal et de la marche de la maladie, l'énucléation du globe semblait indiquée, je dirai même plus, je dirai qu'elle s'imposait comme une nécessité absolue, mais il fallait tenir compte de la volonté et des désirs de la malade et de sa famille.

Le 7 avril 1893, la nuit ayant été très mauvaise et la malade ayant souffert beaucoup plus qu'elle ne l'avait fait jusqu'alors, je pratique une incision au niveau de la queue du sourcil.

Le 8, nuit bonne. La malade a bien dormi. Elle souffre peu et n'éprouve seulement qu'une sensation de gêne et de plénitude dans l'œil.

Les 9, 10 et 11, même état.

Le 12, plus de douleurs. La malade se considère comme guérie.

Le 14, sensation de gêne dans l'œil dès le matin et apparition de quelques douleurs lancinantes le soir.

Le 15, nuit mauvaise. Il y a eu insomnie. Les douleurs se sont de nouveau montrées. Nouvelle incision au niveau de la première.

Les 16, 17, 18 et 19, plus de douleurs.

Le 20, la malade reprend ses occupations ordinaires.

Ces faits sont trop peu nombreux pour permettre d'expliquer le mode d'action d'une section au niveau de la queue du sourcil, section n'intéressant que les

branches du nerf lacrymal et ne produisant qu'une émission sanguine peu abondante.

Deux de mes observations se rapportent au glaucome et le succès a été certain, tant au point de vue des douleurs qu'à celui de l'amélioration de la vision. Dans le troisième fait, où l'énucléation sera fort probablement indispensable dans un temps plus ou moins éloigné, l'opération a eu le résultat qu'on pouvait espérer, elle a fait disparaître les douleurs et ramené le calme. On ne pouvait demander ni plus ni mieux.

Pour le moment, je me borne à livrer ces faits à la publicité sans commentaires. C'est à l'observation qu'il faut maintenant recourir pour porter un jugement. Quand les faits seront plus nombreux, le temps des hypothèses et des explications sera venu.

Glaucome. — Discussion.

M. Lagrange. La communication de notre collègue M. Armaignac m'a trop vivement intéressé et soulève trop de questions diverses pour que j'hésite à prendre la parole à son sujet.

Dans sa communication, je laisserai presque complètement de côté les considérations générales qu'il nous présentait sur le glaucome. Elles sont d'une exactitude classique. Si je leur reprochais quelque chose, ce serait même de refléter trop facilement les opinions émises dans les traités d'ophtalmologie.

Par exemple, je ne puis accepter, pour ma part, que dans le glaucome il n'y ait jamais d'accidents inflammatoires, ainsi que l'enseigne de Wecker.

Le phénomène majeur est l'hypertension de l'œil; mais, en même temps que l'hypertension, et à cause d'elle peut-être, il existe assez souvent une certaine inflammation dans les tissus. Ce n'est pas de l'inflammation, dit de Wecker, c'est de l'irritation; on a, non pas du glaucome inflammatoire, mais du glaucome irritatif. Je demande où est la limite entre ces deux termes, irri-

tation et inflammation. Est-ce que l'irritation n'est pas une forme plus ou moins atténuée de l'inflammation?

Interrogeons la pathologie générale. Elle nous répondra que l'irritation d'un tissu est la congestion des vaisseaux, l'hyperémie, la stase du sang, l'augmentation des échanges entre le sang et le tissu ambiant. C'est ce qui se produit quand on dépose une goutte d'ammoniaque sur la membrane interdigitale d'une grenouille. Mais tout ceci n'est autre chose qu'un processus inflammatoire. Ici, ce n'est pas mon distingué confrère M. Armaignac que j'attaque, c'est de Wecker, et je lui dis qu'il parle un mauvais langage, se sert d'une terminologie vicieuse et méconnaît les lois fondamentales de la pathologie, lois auxquelles l'oculistique doit obéir.

Si maintenant j'analyse, d'après les souvenirs que j'en ai gardés, l'observation rapportée par notre collègue, je remarque qu'au début, avec une hypertension considérable et l'excavation de la papille, l'acuité était égale à l'unité. Le cas est rare et je demanderai à M. Armaignac s'il s'est bien mis en garde contre ce fait, savoir que nos échelles pour l'acuité visuelle sont mal établies; l'angle minimum est trop grand; beaucoup de sujets, tous les sujets normaux ont une acuité visuelle supérieure à l'unité. Il pourrait donc se faire que déjà l'acuité visuelle ait diminué tout en restant très bonne, égale à 1.

Mais je suppose qu'en effet, cette acuité se soit conservée normale, avec des phénomènes glaucomateux évidents. A mon avis, c'est à ce moment-là qu'il aurait fallu proposer l'iridectomie; c'est alors qu'elle aurait donné, avec son minimum d'inconvénients, le maximum d'avantages.

Cette hypertension devait nécessairement, un jour ou l'autre, entraîner de graves désordres; il fallait la supprimer, et l'iridectomie est dans ce but un moyen héroïque. Peut-être, d'ailleurs, notre collègue a-t-il fait le même raisonnement que moi et son malade a-t-il refusé l'opération, ainsi que cela arrive trop souvent, au moment où elle aurait été le plus efficace.

Dans une autre partie de son observation, M. Armaignac soulève, relativement au glaucome, la très intéressante question des mydriatiques.

L'atropine a été, dans ces dernières années surtout, proscrite du traitement du glaucome parce qu'elle est capable d'élever la tension de l'œil, et l'ésérine a été très recommandée parce qu'elle abaisse la tension.

Je crois que ces deux propositions sont exactes et cependant je m'explique très bien pourquoi l'atropine agit favorablement dans le glaucome et pourquoi l'ésérine peut devenir fâcheuse. Voici mon explication. Je ne la donne pas comme inédite, car tout a été dit à ce sujet, mais je déclare cependant ne l'avoir trouvée formulée nulle part.

Dans le glaucome il y a quelquefois, et c'était le cas dans l'observation de M. Armaignac, de l'hypertension unie à des accidents inflammatoires, irritatifs, comme dit de Wecker. Or, il peut se faire que les phénomènes irritatifs, inflammatoires, la congestion des vaisseaux jouent un rôle prépondérant, qu'ils soient même la cause de l'hypertension. Dans ce cas, l'atropine agit favorablement parce que cette substance, en excitant le sympathique, rétrécit les vaisseaux; elle anémie l'iris et la choroïde; elle dilate la pupille en excitant les fibres radiées, mais aussi en rétrécissant les vaisseaux.

Donc, si les phénomènes congestifs sont très marqués, l'atropine soulage le malade en diminuant la congestion et l'ésérine aggrave les accidents en augmentant cette même congestion.

Mais, dans tous les cas, l'atropine reste ce qu'elle est, un agent constricteur des petits vaisseaux, un élévateur de la tension artérielle. L'atropine est très rarement avantageuse dans le glaucome parce que l'hypertension d'habitude y règne en souveraine sans s'accompagner d'inflammation. Mais, grâce à son action antiphlogistique et décongestive, elle peut exceptionnellement être utile. Le raisonnement inverse doit être appliqué à l'ésérine.

En dernier lieu, nous voyons, à la fin de son observa-

tion, notre collègue, effrayé par les phénomènes glaucomateux aigus, pratiquer une iridectomie qu'il a faite petite et avec précaution pour ne pas amener une déplétion trop brusque.

En effet, l'iridectomie, dans ces cas suraigus, peut avoir de graves dangers, et il est quelquefois très prudent de diminuer la tension par un moyen détourné, à l'aide d'une opération préliminaire, la paracentèse de la cornée, la ponction équatoriale et aussi l'arrachement du nerf nasal externe, opération si innocente et si simple.

Cette opération n'a pas seulement l'avantage d'être simple, mais encore celui d'être rationnelle. Elle agit sur le nerf nasal qui fournit au ganglion ophtalmique sa racine sensitive. M. Sous vient de nous communiquer des observations dans lesquelles des incisions péri-orbitaires, faites notamment à la queue du sourcil, ont donné de bons résultats. Puisqu'il est reconnu qu'une opération de ce genre peut agir favorablement, pourquoi ne pas la pratiquer dans un endroit où l'on est sûr de rencontrer le nerf nasal et où il est aisé d'en pratiquer l'arrachement? En admettant qu'une incision au niveau de la queue du sourcil peut être efficace, on est conduit forcément à reconnaître l'utilité de cette opération imaginée par M. Badal, et je me demande vraiment par quel malheureux hasard de la fortune cette opération, si facile, si souvent suivie de bons résultats, jamais compliquée d'accidents, bordelaise, n'a pu trouver à Bordeaux la place légitime qui lui revient dans la thérapeutique du glaucome.

M. Georges Martin. Avant de vous faire part des réflexions inspirées par la communication de M. Sous, je veux examiner deux faits avancés par M. Lagrange. Notre collègue nous a dit :

1° Si parfois l'atropine a une action bienfaisante sur le glaucome, c'est qu'alors elle joue un rôle antiphlogistique, qu'elle fait tomber la tension intra-oculaire en décongestionnant l'organe;

2° L'arrachement du nasal agirait en diminuant la tension intra-oculaire.

Je ne suis pas, dans ces deux cas, de l'avis de M. Lagrange. Je partage l'opinion de ceux qui craignent les instillations d'atropine chez les glaucomateux. Le fait suivant, observé il y a quelques années, justifie cette crainte. Ayant ordonné, dans un cas de glaucome chronique avec poussées subinflammatoires, un collyre à l'ésérine en attendant que la malade acceptât l'opération (iridectomie), le pharmacien remplaça l'ésérine qu'il n'avait pas par de l'atropine. Dès le jour même, une crise aiguë de glaucome se déclara avec perte totale de la vision que restitua l'iridectomie pratiquée trois jours après. C'était un cas où, d'après la théorie exposée par M. Lagrange, l'atropine aurait dû avoir un tout autre résultat. D'autre part, j'ai publié le fait d'un glaucome d'une nature spéciale (irido-choroïdite glaucomateuse) dans lequel l'ésérine augmentait la tension qui était, au contraire, diminuée par l'atropine. Or, ce résultat a été observé à une époque de la maladie fort éloignée de la période inflammatoire. Du reste, théoriquement, congestion choroïdienne et tension glaucomateuse sont deux états qui ne doivent pas exister ensemble. Là où il y a accumulation d'eau, il n'y a pas place pour le sang qui, chassé au dehors, donne lieu à ces dilatations veineuses de la conjonctive si caractéristiques dans le glaucome.

Les observations que j'ai faites à l'aide de l'ophtalmomètre chez les sujets auxquels j'ai pratiqué l'arrachement du nasal, ne me permettent pas de croire que cette opération agisse en diminuant la tension intra-oculaire. Il est hors de doute que cette opération — dans certains cas, pas toujours — fait cesser la douleur du glaucome, mais ce résultat n'est pas la conséquence d'une diminution de tension. Cette dernière reste longtemps ce qu'elle était lors de l'opération et même il y a des cas où, après deux mois, elle n'est nullement modifiée. Ici, qu'on le remarque, il ne s'agit pas d'appréciations subjectives, l'état de l'œil est révélé par un instrument de la plus grande précision. Vis-à-vis d'un œil dont la vue est menacée par le fait de la tension, je

ne crois donc pas que l'arrachement du nasal soit indiqué, même comme opération d'attente. D'autant plus que nous possédons une opération simple, qui s'adresse directement à l'élément tension, la ponction équatoriale.

Les faits et l'historique que vient de nous exposer M. Sous sont des plus intéressants. Il est évident que l'iridectomie est et restera la principale opération du glaucome. Mais il y a lieu parfois de s'adresser à d'autres opérations qui n'intéressent pas le globe de l'œil. Dans ces cas, si la section de la peau au niveau de la queue du sourcil — ou dans tout autre point du voisinage de l'œil — continue à fournir des résultats aussi nets que ceux signalés par M. Sous, il y aurait lieu d'accepter dans la pratique cette manière d'agir. Elle devra être préférée à l'arrachement du nasal, opération plus difficile à pratiquer. La première fois que j'ai voulu faire l'arrachement de ce nerf, je n'y suis pas arrivé. Néanmoins la malade, vieille femme de soixante-dix ans, atteinte d'un glaucome chronique, fut complètement soulagée. Ce fait, en même temps qu'il prouve que l'opération n'est pas de la plus grande facilité, vient à l'appui de l'idée émise par M. Sous que, dans l'arrachement du nerf, c'est non l'arrachement qui agit, mais la section faite à la peau.

M. Armaignac. M. Lagrange pense que j'ai attribué à mon malade, pendant toute la durée de son glaucome prodromique, une acuité visuelle normale alors qu'elle ne l'était pas, attendu que les échelles typographiques dont nous nous servons pour la mesurer ne donnent que la valeur moyenne de cette acuité, valeur qui est souvent supérieure d'un tiers à ce qu'indiquent les échelles. Il y a douze ans, j'ai écrit tout cela dans un travail que j'ai publié sur l'acuité visuelle et les échelles typographiques. En conséquence, j'ai fait ajouter à mon tableau, dont la dernière ligne doit être lue à cinq mètres par une vue soi-disant normale, une ligne plus petite qui ne devrait être vue qu'à quatre mètres, mais qui est vue à cinq mètres par la plupart des personnes ayant une vision normale. Dès lors, je ne considère la vision

comme normale que lorsque $V = \frac{1}{4}$ et non pas $\frac{1}{5}$. Il faut bien savoir toutefois que si certaines personnes jouissent d'une acuité visuelle encore supérieure à celle que je viens d'indiquer, beaucoup d'autres n'ont que $\frac{1}{5}$ et même $\frac{1}{6}$, sans que rien puisse expliquer cette différence. Or, comme je n'ai jamais mesuré l'acuité visuelle de mon sujet avant qu'il fût malade, il m'est impossible de savoir si, à cette époque, V était supérieur à $\frac{1}{4}$. Toutefois, je ne le crois pas.

M. Lagrange, comme beaucoup d'ophtalmologistes, pense que l'atropine est antiphlogistique et que ce médicament peut convenir dans certains glaucomes et être nuisible dans d'autres. Je ne lui nie pas cette propriété. Mais s'il agissait toujours comme antiphlogistique, il devrait convenir dans tous les cas de glaucome aigu. Or, il n'en est rien, au dire des auteurs, car les instillations d'atropine peuvent aggraver le glaucome au lieu de l'améliorer. Si je me suis bien trouvé de son emploi, chez mon malade, j'ignore si c'est comme antiphlogistique ou comme mydriatique. Dans ce dernier cas, le fait serait tout à fait en contradiction avec l'opinion de Lagueur et de de Wecker, qui l'accusent d'être dangereux parce qu'il dilate la pupille et refoule l'iris vers la zone antérieure de filtration.

Mon honorable confrère s'étonne que j'aie attendu si longtemps pour intervenir soit directement sur l'œil en pratiquant une simple ponction ou bien une sclérotomie, soit indirectement en faisant l'arrachement du nasal. A cela je lui répondrai, comme je l'ai dit dans mon observation, qu'il existait chez mon malade une vascularisation externe si insolite et si extraordinaire que je craignais de voir survenir une hémorragie fatale après la moindre ouverture de la coque oculaire. D'autre part, cet homme n'avait plus qu'un œil et il m'avait demandé si je répondais de ne pas le lui faire perdre en y pratiquant une opération. N'étant rien moins sûr que de cela, mon embarras était grand, vous le comprenez, et, comme la vision disparaissait et reparaisait successivement, j'attendais d'avoir la main absolument forcée

pour agir. C'est pour cela que je n'ai plus hésité lorsque la vision a disparu complètement pendant deux jours. Si je n'ai opéré que le quatrième jour, c'est parce que le malade n'est pas venu avant, car j'étais fermement décidé cette fois à risquer le tout pour le tout. Je suis étonné que, pour un cas semblable, M. Lagrange me reproche de n'avoir pas fait l'arrachement du nerf nasal, alors que cette opération a le mérite d'être à la fois bordelaise et merveilleuse dans ses résultats. Je ne fais aucune distinction de nationalité pour les opérations ou les remèdes que j'adopte et la personnalité de l'inventeur disparaît complètement à mes yeux devant l'intérêt majeur du malade. Mon honorable collègue sait aussi bien que moi que l'opération bordelaise en question n'a qu'une seule action, faire cesser ou diminuer la douleur, mais qu'elle ne fait absolument rien soit pour l'hypertension oculaire, soit pour le glaucome lui-même. Il ne faut pas en faire une panacée ni lui demander plus qu'elle ne peut donner. Certainement l'arrachement du nasal est basé sur une excellente raison anatomique et physiologique, car c'est ce nerf qui fournit sa racine sensitive au ganglion ophtalmique. Mais il ne faut pas toujours conclure par analogie ou par raisonnement de l'anatomie ou de la physiologie à la pathologie. C'est ainsi qu'au dernier Congrès de Chirurgie de Berlin, le Dr Schulz-Berg a rapporté un cas de guérison de névralgie intolérable du trijumeau, localisée principalement dans la région innervée par le buccinateur, et qui fut obtenue par l'élongation du nerf facial. Le chirurgien avait d'abord réséqué le nerf buccinateur et le sous-orbitaire qu'on pouvait anatomiquement et physiologiquement accuser de rapports directs avec la névralgie. Et c'est en élonguant un nerf voisin, essentiellement moteur, qu'il a guéri cette névralgie. Nous connaissons tous les nombreuses anastomoses qui unissent le trijumeau au facial et c'est incontestablement à cause de ces anastomoses que l'opération a réussi.

Sans sortir du sujet, je répondrai à notre collègue M. Sous que c'est peut-être de la même façon qu'agis-

sent les incisions qu'il pratique à la queue du sourcil pour calmer les douleurs violentes de l'œil chez les glaucomateux. Dans cette opération, on coupe quelques fibres du frontal externe et du facial, et cette section peut agir par voie réflexe sur les nerfs sensibles de l'œil. Quant à l'efficacité de cette opération, j'y crois d'autant plus que je puis ajouter un cas personnel à ceux que M. Sous vient de rapporter. Il y a un mois se présentait à notre consultation de l'Athénée un homme atteint de glaucome double absolu ayant occasionné la perte totale de la vision depuis plusieurs années. De temps en temps, ses yeux devenaient douloureux, et cette fois la douleur était telle que depuis trois semaines ce malade n'avait pu ni dormir ni manger. Dans l'après-midi, je lui fis dans la queue du sourcil une incision profonde, longue d'un centimètre et s'étendant en profondeur jusqu'à la surface de l'os. Il s'écoula environ deux cuillerées de sang. Je réunis la plaie avec un simple morceau de boudruche gommée et je renvoyai le malade chez lui. Deux jours après, il revint me voir et me dit que le soir même de l'opération les douleurs avaient disparu comme par enchantement et n'étaient pas revenues depuis. La plaie s'était réunie par première intention. Comme j'avais dit à ce malade que je le guérirais de nouveau si la douleur reparaisait et que je ne l'ai pas revu depuis un mois, je suis en droit de conclure qu'il a continué à ne plus souffrir.

La séance est levée.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le D^r Guénard dépose sur le bureau un exemplaire des *Bulletins et Actes de la Société des Dentistes du Sud-Ouest pour l'année 1892*.

**Éruption bromurique à forme papillomateuse.
Présentation de malade.**

M. W. Dubreuilh. Il est peu d'éruptions qui occasionnent d'aussi grandes difficultés de diagnostic que les éruptions médicamenteuses. D'une part, à cause de leur polymorphisme; d'autre part, parce qu'on ne songe pas toujours à une origine toxique ou médicamenteuse ou même que, lorsqu'on y songe, on peut ne pas les découvrir. Il en est de même, d'ailleurs, pour tous les accidents d'origine toxique. L'iodure et le bromure de potassium sont deux des médicaments qui occasionnent le plus souvent des éruptions.

Les éruptions ioduriques sont fréquentes et assez bien connues. Les éruptions bromuriques ont plus souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic. Dans la plupart des cas, lorsqu'il s'agit d'éruptions bromuriques chez des individus assez susceptibles et qui ne prennent du bromure que depuis peu de temps, on observe une éruption de boutons acnéiformes ou furonculieux, de pustules sur une base rouge foncée et indurée, siégeant surtout à la face, au cuir chevelu et aux membres supérieurs et inférieurs. Cette éruption ressemble assez à celle de l'iodure, mais elle en diffère par une plus grande tendance à la conglomération des éléments éruptifs qui se groupent pour former des lésions ressemblant à de véritables anthrax. Il est des cas où l'éruption se compose uniquement d'un petit nombre de ces groupes. On est peu disposé, en présence de ces lésions, à penser à une éruption médicamenteuse et l'on pense plutôt à toute autre chose, notamment à la syphilis.

La malade que je vous présente est un type de ce genre d'éruption. Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept

ans, entrée dans le service de M. le professeur Pitres pour des accidents d'épilepsie partielle. Elle prend depuis cinq ans du bromure de potassium et depuis trois ans elle en absorbe environ 3 à 4 grammes par jour. Il y a un an, elle a présenté sur la partie externe de la jambe droite une éruption de plaques rouges et confluentes, dures et douloureuses spontanément, qui disparurent sans traitement après une huitaine de jours. En même temps, elle a eu à la région plantaire du même côté un petit abcès d'où est sortie une petite quantité de liquide séro-purulent et qui a guéri sans laisser de traces.

Les lésions actuelles datent de deux mois, celles du genou précédant un peu les autres. Elles ont débuté par une sorte de pustule qui a grandi peu à peu et qui, pendant un mois, a été même plus saillante que maintenant. Elle était à cette époque d'un rouge foncé, un peu violacée, avec une auréole de même couleur et s'accompagnait de vives douleurs. La lésion de la cuisse a débuté à peu près à la même époque par un furoncle qui a constamment grandi depuis. Au niveau du genou droit et dans le quart supérieur de la jambe, on trouve actuellement trois lésions principales et une demi-douzaine de petites lésions. Ces dernières sont formées par une petite pustule miliaire, généralement centrée par un poil et siégeant sur une base un peu infiltrée et d'un rouge foncé.

Des trois lésions principales, la supérieure, située sur le bord externe du tendon rotulien, est allongée transversalement, longue de trois centimètres, large d'un centimètre et demi. Elle est formée par une croûte cornée très adhérente, gris sale, sèche. En l'arrachant, on trouve au-dessous un derme sain, non ulcéré, ni rouge ni infiltré, parfaitement souple, un peu cicatriciel, mais hérissé de longues papilles d'un demi à un millimètre de diamètre en largeur et d'un à deux millimètres de longueur, qui sont arrachées en partie par l'ablation de la croûte et fournissent un peu de sang.

Un peu au-dessous et au niveau de la tubérosité anté-

rière du tibia se trouve la lésion la plus considérable. Allongée transversalement, elle a cinq centimètres de long sur deux centimètres et demi de large et fait une saillie de six à sept millimètres. Elle s'élève brusquement sur la peau saine qui est seulement un peu brunâtre et un peu squameuse, vestige de la rougeur inflammatoire qui a disparu depuis quinze jours. La lésion elle-même est une masse végétante, papillomateuse, mûriforme, de couleur rouge pâle; elle est formée de mamelons arrondis, serrés, du volume moyen d'un grain de mil. Ils sont recouverts d'un épiderme mince, sans hyperkératose, mais le suintement qui se fait entre les mamelons forme des croûtes minces et noirâtres qui les agglutinent par places. Cette tumeur est d'une consistance plutôt molle et, par la pression, on en fait sortir du pus par un grand nombre d'orifices. Elle s'élève sur la peau d'une façon tout à fait abrupte. On ne trouve au-dessous aucune infiltration du derme. La lésion est toute en saillie.

Un peu au-dessous, sur la face interne du tibia, est une lésion arrondie de quinze millimètres, saillante et couverte d'une croûte. En arrachant la croûte, on trouve au-dessous une surface végétante formée de mamelons irréguliers, à peine épidermisés, roses, entre lesquels suinte du pus. Toutes ces lésions sont assez douloureuses à la palpation.

A la face postérieure de la partie moyenne de la cuisse droite est une plaque circulaire de cinq centimètres de diamètre, saillante, comme un macaron appliqué sur la peau. Elle est infiltrée, douloureuse, avec une bordure rouge sombre, ses bords sont inclinés en talus, sa surface est mamelonnée, ravinée, formée par des mamelons arrondis ou surbaissés d'un à dix millimètres de diamètre, roses ou croûteux, séparés par des ravins d'où suinte de la sérosité ou du pus.

La lésion principale du genou, par son aspect papillomateux, donne à première vue l'impression d'un placard de lupus verruqueux, mais elle en diffère par sa consistance pâteuse, par l'absence d'infiltration dermique

sous-jacente et par l'absence totale d'hyperkératose. Les mamelons sont couverts d'un épiderme très mince et la croûte est uniquement formée de pus desséché; tandis que, dans le lupus verruqueux ou papillomateux, les saillies sont surmontées d'un épiderme corné, plus ou moins épaissi et parfois d'une façon excessive. La différence est encore plus accusée pour la petite plaque située au niveau de la rotule, car après avoir arraché la croûte, ce qui ne se fait sans quelque difficulté, on ne trouve au-dessous aucune rougeur ni aucune infiltration du derme. Pour ce qui est de la syphilis tertiaire, ses lésions sont constituées par un néoplasme infiltré dans le derme avec ou sans ulcération, mais on n'y voit point ces masses papillomateuses et mûriformes. Quant à la plaque de la cuisse, elle ne ressemble ni à du lupus ni à de la syphilis, mais elle présente une ressemblance frappante avec le clou de Biskra.

Rapport sur le Congrès des Sociétés savantes.

M. Méneau lit un rapport sur les différents travaux relatifs aux Sciences médicales présentés au dernier Congrès des Sociétés savantes, auquel il a assisté comme représentant la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

La séance est levée.

SÉANCE DU 5 MAI 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1^o Lettre annonçant la mort de M. le D^r Legendre (de

Saint-Léger-sous-Beuvray), membre correspondant de la Société;

2^e Lettre de M. le Dr de Coquet, demandant à faire partie de la Société et envoyant à l'appui de sa candidature trois observations personnelles et inédites (*a. Injection de liquide testiculaire; b. Sur un cas de fièvre intermittente d'origine hystérique; c. Curettage utérin par rétention de débris placentaires*).

M. le Secrétaire général annonce que le Conseil d'administration n'ayant aucune objection à faire contre cette candidature, il y a lieu de nommer une Commission pour examiner les travaux envoyés par le candidat.

M. le Président nomme une Commission composée de MM. Durodié, Monod et W. Dubreuilh.

Prima mensis.

Les maladies le plus souvent observées pendant le mois d'avril sont : l'influenza, le rhumatisme articulaire aigu, les broncho-pneumonies et pleuro-pneumonies infectieuses, les angines, la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole.

A propos du prima mensis.

M. Gellie a eu à traiter un cas d'influenza à localisation thoracique grave. Il s'agissait d'une broncho-pneumonie avec température dépassant 40°. Cinq grammes de sulfate de quinine furent administrés en cinq jours; le sixième jour la température était retombée à 37° et le malade complètement guéri.

Ostéome des cavaliers. — Présentation de malade.

M. Ferron lit le travail suivant :

Je ne viens pas, au sujet du malade que j'ai opéré et que je vais vous présenter, vous retracer l'histoire clinique de l'ostéome des muscles, affection assez fréquente; j'en retrouve, en effet, quatre observations dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires* de la seule année 1892, mais sur laquelle l'atten-

tion n'est attirée, en France, que depuis quelques années par les publications de Favier, Schmit, Charvot, Lalesque, Ferron, Tartièrre, Labrevoit, Boppe, Gazin, Demmler, Thiriar (de Bruxelles). Cette histoire clinique vient d'être remarquablement exposée par M. le médecin major Nimier, dans un article publié par la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie de Paris*, n° 11, page 123, 18 mars 1893; je ne saurais mieux faire que vous la signaler.

Vous verrez que, naturellement, les éléments qui constituent cette étude sont de source à peu près exclusivement militaire et que les travaux allemands publiés à ce sujet, antérieurs aux nôtres, sont aussi plus nombreux.

Voici le résumé de l'observation de mon cavalier :

Le nommé H... entre dans mon service, le 10 janvier, avec le diagnostic ostéome des cavaliers, après avoir été présenté à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux par M. Sourris, médecin major du 6^e husards.

Au moment de son entrée, ce jeune soldat était porteur d'une tumeur qui occupait la région supérieure et antéro-interne de la cuisse gauche, triangulaire, d'une dureté osseuse, ayant pour limite interne la ligne tracée de la symphyse pubienne à l'anneau des adducteurs; en dehors, la ligne des vaisseaux cruraux; supérieurement, une ligne brisée jetée de la symphyse au-dessous de l'anneau crural. Sans adhérences à la peau, mobilisable; elle était formée de deux faisceaux, situés dans les muscles adducteurs, reposant sur une base empâtée. On rencontrait, en outre, au niveau de l'anneau crural, un gros ganglion sur la tumeur; dans le bassin, à hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure, à égale distance de l'ombilic et de la crête iliaque, une masse ganglionnaire de la grosseur d'une mandarine et, un peu plus bas, longeant les vaisseaux iliaques, une deuxième masse moins bien limitée. Au dire de l'inté-

ressé, l'évolution de cette tumeur aurait été progressive.

Marinier, il s'engage et arrive au corps vers les premiers jours de novembre, ne monte à cheval que le 15 du même mois et ressent, dès le 20 novembre, des frémissements (c'est l'expression qu'il emploie), de la pesanteur dans la région interne de la cuisse, qui lui semblait augmentée de volume, et des douleurs surtout lorsque, cherchant à se maintenir à cheval, il rapprochait les genoux. Survient ensuite un ganglion crural, que H... prétend avoir atteint le volume d'un petit œuf (je ne lui ai jamais connu que celui d'une amande) et une ecchymose dans la région pubienne, mais si fugace qu'il n'en restait plus trace lorsque H... se présenta à la visite le 20 décembre.

Le 21 janvier, les deux segments de la tumeur étaient plus nettement isolables, constituant deux ostéomes distincts. Le premier, interne, mesurant neuf centimètres de longueur, occupant le premier adducteur; c'était un ovoïde, dont les doigts délimitaient facilement les contours. Le second, fusiforme ou plutôt en forme de cornet, à surface irrégulière, commençait à cinq centimètres au-dessous de l'arcade, était logé dans le troisième adducteur; il mesurait quinze centimètres de longueur, son extrémité supérieure était beaucoup plus épaisse que l'inférieure. La pression y réveillait quelques douleurs; les mouvements, ayant pour but la progression, déterminaient des souffrances assez vives.

Sous l'influence du repos, du massage, peut-être aussi du traitement iodé, les changements notables, déjà constatés dès l'entrée à l'hôpital, s'accroissent; l'ostéome interne, séparé de la peau par l'aponévrose, paraissait facilement énucléable; il ne mesurait plus que huit centimètres le 31 janvier et sept centimètres le 5 mars; il avait perdu aussi de son épaisseur. Une réduction, également appréciable, était survenue dans le second, qui à cette dernière date était moins volumineux et ne mesurait plus que quatorze centimètres et demi; mais, à partir de ce moment, la régression s'arrêta.

Pendant cette période de deux mois, les masses ganglionnaires avaient complètement disparu.

Le 20 mars, le malade demanda à être débarrassé de ces corps étrangers, point de départ d'une gêne marquée des mouvements de la cuisse.

Chloroformé le 21 mars, il fut opéré avec précautions antiseptiques. Une incision de sept centimètres, commençant au pli scrotal, fut tracée sur l'ostéome interne; les lèvres de l'enveloppe aponévrotique furent fixées à l'aide de pinces et l'isolement fut poursuivi autant à l'ongle qu'à la rugine; d'abord, vers l'extrémité supérieure terminée en pointe, aboutissant au tendon d'insertion du premier adducteur à la branche montante du pubis, mais s'arrêtant à un demi-centimètre environ de la surface osseuse; puis, après réclinaison vers les parties profondes et inférieures, détachant la production osseuse des faisceaux musculaires encore respectés par l'ossification.

Quelques fragments, détachés de cette masse dans le cours de la dissection, furent enlevés sans hémorragie notable et la cavité comblée avec une compresse aseptique.

L'incision portée sur le deuxième ostéome, mesurant quinze centimètres suivant l'axe de la tumeur, ménageant la saphène rejetée en dedans, le couturier récliné en dehors, mit à nu un long fuseau osseux, formé d'une coque peu résistante de deux millimètres d'épaisseur, présentant quelques lacunes, se brisant facilement en plaques de dimensions variées et incomplète supérieurement. La partie antérieure enlevée, on découvrit un faisceau musculaire implanté sur une cupule très résistante, de trois millimètres d'épaisseur, coiffée d'une masse blanchâtre, en forme de bonnet persan ayant tout l'aspect du contenu charnu de la pince d'un gros homard.

Isolée de la capsule, la masse musculaire fut relevée, le reste fut supprimé et il fut procédé au détachement d'écailles rappelant la carapace du corselet du homard qui formaient la partie profonde de l'enveloppe fusiforme. Sa dissection, assez délicate, fut poursuivie en

haut et en bas jusque sur la ligne âpre du fémur. Du sang s'écoula, en nappe, en assez grande abondance; le faisceau musculaire, libéré, fut fixé à l'aponévrose inter-musculaire.

Les cavités qui servaient de lit à ces tumeurs osseuses furent lavées à l'eau phéniquée forte, saupoudrées d'iodoforme, drainées et fermées par plusieurs plans de sutures, enfin pansées.

Les suites opératoires ont été des plus simples; les points de suture furent enlevés le 29, ainsi que les drains, peut-être un peu trop tôt, car après une absence de quelques jours je trouvais, le 12 avril, le pansement souillé d'un peu de pus. Néanmoins, la cicatrisation, un instant retardée, était achevée le 20 avril.

L'opéré, maintenu jusqu'alors au repos, marche depuis ce jour, n'accusant qu'un peu de raideur le long du bord interne du creux poplité et une gêne beaucoup moins prononcée qu'avant l'opération.

La différence de volume des deux membres est peu prononcée relativement à celui des masses osseuses enlevées. Elle est de vingt-cinq millimètres à quinze centimètres au-dessus de la rotule et d'un centimètre à peu près au niveau du pli scrotal. Mais au-dessous de la cicatrice souple, non adhérente, on rencontre, en suivant la face interne du fémur, une saillie, irrégulière, légèrement douloureuse à la pression, mesurant cinq centimètres de longueur, formant corps avec l'os et accusant un foyer d'ostéo-périostite.

Dans l'étude faite par M. Nimier, vous trouverez énumérés les auteurs des travaux et des observations sur les ostéomes, tumeurs osseuses rencontrées en diverses régions, deltoïde, biceps, brachial antérieur, droit antérieur, droit interne, mais surtout dans les adducteurs; ceux de ces derniers muscles ont reçu, en Allemagne, le nom d'*os des cavaliers (reiter-nocken)*; je ne crois donc pas devoir revenir sur cette énumération.

Cette revue rappelle aussi les deux théories émises pour expliquer l'évolution de ces productions osseuses : 1° celle de l'hématome subissant la transformation osseuse ; 2° celle de la myosite ossifiante.

Si dans mes observations d'ostéome du pli du coude consécutifs à la déchirure du brachial antérieur, que j'ai présentées à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, la pathogénie de l'épanchement sanguin doit être acceptée, elle doit être rejetée pour les ostéomes des adducteurs présentés par H... ; il faut les rapporter à un processus inflammatoire, à une myosite ossifiante ayant pour étiologie l'irritation produite par les premiers exercices d'équitation.

Cette pathogénie est affirmée : 1° Par les adénopathies développées soit au voisinage de la tumeur, soit dans le bassin, dont j'ai suivi la régression progressive ;

2° Par la constitution des tumeurs elles-mêmes, presque confondues au début en une seule masse, dans une gangue qui ne permet pas de bien limiter leurs contours ; les deux lobes, d'abord douloureux à la pression, s'isolent ensuite en diminuant lentement de volume, alors que n'existent plus les causes qui entretenaient et propageaient l'irritation ;

3° Par l'évolution de ces ostéomes, lorsque la tumeur débute par un hématome, l'épanchement sanguin s'étend en nappe sur une grande partie du membre, se traduisant à l'extérieur par de vastes ecchymoses qui disparaissent peu à peu en laissant une tumeur localisée, dont la dureté croît de jour en jour et qui finit par acquérir une consistance osseuse. Ici, rien de semblable n'a été constaté ;

4° Par la structure de ces tumeurs.

Dans le premier ostéome on rencontrait :

a. Une première partie tendineuse insérée sur la branche montante du pubis ;

b. La production osseuse, si superficielle que, dans

le cas d'hématome, elle eût été certainement dévoilée par une ecchymose qui n'a pas été rencontrée;

c. Les fibres charnues non atteintes par l'inflammation, s'insérant de toutes parts sur les irrégularités offertes par la surface de l'ostéome.

Dans le second, sous la coque osseuse enveloppante, se dessinent également trois parties; la première, faisceau musculaire en parfait état de conservation non complètement isolé de l'adducteur; une moyenne osseuse en cupule; une troisième lardacée, masse musculaire dégénérée, limitée en haut par la cupule et au pourtour par l'enveloppe osseuse;

5° Enfin et surtout, l'ostéo-périostite fémorale persistante, qui indique qu'il y a eu deux éléments atteints par l'inflammation : a. Le tissu musculaire; b. L'os lui-même.

Si je me suis décidé à enlever ces ostéomes, c'est que leur travail régressif était définitivement arrêté; que leur disparition spontanée n'était pas admissible et que la gêne accusée pendant la marche par l'intéressé était sérieuse; qu'elle persisterait aussi longtemps que ces corps étrangers (celui du grand adducteur est un des plus volumineux observés jusqu'à ce jour) occuperaient la partie supéro-interne de la cuisse.

D'autre part, j'avais devers moi les succès de Demmler en 1881, de Boppe en 1891, en France; celui de Thiriar, en Belgique; ceux, enfin, des chirurgiens allemands qui ne discutent plus l'ablation des ostéomes.

Vous pouvez apprécier les bons résultats de cette intervention; ils justifient l'ablation proposée de tout ostéome point de départ d'une gêne apportée aux mouvements.

Les fragments osseux, présentés à la Société d'Anatomie et de Physiologie dans la séance du 27 mars,

pesaient ensemble 76 grammes. L'ostéome du premier adducteur, pesant 28^g50, représentait un ovoïde assez comparable comme forme à une grosse figue sèche, aplatie; longueur soixante-cinq millimètres, largeur quatre centimètres, épaisseur trente-cinq millimètres; extrémité supérieure effilée, non directement adhérente à l'os pubien, ainsi que je l'ai dit; face profonde aplatie, face antérieure convexe, offrant à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur une dépression; bord interne creusé d'une gouttière, bord externe arrondi et uniformément lisse, consistance rappelant celle d'une rotule.

En rapprochant les lames qui constituaient la coque du deuxième ostéome, on pouvait à peu près reconstituer ce long fuseau de cent quarante-cinq millimètres de longueur sur quatre centimètres de diamètre et de deux millimètres d'épaisseur de parois.

La cupule osseuse incluse, placée sur le tiers moyen, servait d'insertion par sa face concave au faisceau musculaire que j'ai isolé, puis suturé profondément, et par sa face convexe à ce cône de substance musculaire dégénérée qui plongeait dans l'extrémité inférieure de la coque.

M. W. Dubreuilh demande quel est l'avenir de la fonction, d'après les observations publiées.

M. Ferron. Les opérés ont tous marché, l'un d'eux a même pu continuer son service militaire. L'opéré dont il s'agit aujourd'hui ne montera plus à cheval. Chez lui, en effet, la myosite ossifiante qui a déterminé les ostéomes a débuté dès les premiers jours de son arrivée au régiment et la tumeur osseuse était complètement développée au bout d'un mois. Devant cette prédisposition curieuse du sujet à la myosite, il y a lieu d'empêcher tout travail musculaire susceptible d'amener de nouveaux ostéomes.

M. Peyraud. Quelle est la genèse de cette affection?

M. Ferron. On a invoqué deux théories pour expliquer la formation de ces tumeurs. La première admet une déchirure musculaire à laquelle fait suite un hématome dont l'ossification produira l'ostéome des adducteurs de la même manière que la déchirure du brachial antérieur engendre le dur hématome du pli du coude. La deuxième théorie, qu'accepte M. Ferron, invoque une myosite ossifiante qui explique parfaitement l'adénopathie inguinale douloureuse relatée dans l'observation de ce malade.

M. Peyraud a autrefois étudié expérimentalement la régénération des os par la moelle osseuse. En transplantant cette moelle dans le tissu musculaire, il provoquait une ossification facile. Pour la peau, au contraire, cette transplantation médullaire n'aboutissait pas; l'os ainsi formé était promptement résorbé. Le tissu musculaire semble donc constituer un milieu favorable au développement et à la conservation du tissu osseux.

M. Ferron. Certains auteurs ont prétendu que l'ostéome se développait tout près du tendon. C'est là une exagération. Tantôt, en effet, la tumeur naît au voisinage du tendon; d'autres fois elle est développée en plein tissu musculaire et ne paraît pas devoir être rattachée à la propagation d'une irritation périostée.

Présentation de pièces anatomiques.

M. G. Martin présente un œil énucléé à la suite d'un coup de feu et la balle retirée du fond de l'orbite. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans, de Bazas, qui reçut dans l'œil cette balle lancée par une carabine de tir. Au bout de deux mois, l'œil était douloureux, enflammé, en voie d'atrophie. M. G. Martin, consulté à ce moment, conseilla d'emblée l'énucléation. Celle-ci fut pratiquée sans difficulté, si ce n'est celle provenant d'une inflammation assez accentuée de la capsule de Tenon. Le nerf optique fut coupé aussi loin que possible, de manière à ce que la section portât en tissu sain. A la face postérieure du globe oculaire existait un orifice de sortie. La balle fut alors recherchée au som-

met de l'orbite, d'où le chirurgien, s'aidant de ciseaux mousses, d'une pince et du doigt, parvint à la retirer. Cette balle pèse 50 centigrammes; elle est creuse, peu déformée et a été lancée par une carabine à air comprimé, par conséquent avec une faible force. Aussi ne devait-elle pas avoir une température très élevée, partant n'était pas désinfectée, raison de plus pour intervenir rapidement. M. G. Martin n'a qu'à se féliciter du résultat de son intervention.

M. Armaignac demande au présentateur si rien n'avait pu faire prévoir la localisation insolite de la balle au fond de l'orbite, par exemple la paralysie de certains muscles du globe oculaire traversés par le projectile.

M. G. Martin n'a pu que constater la petitesse, le peu de mobilité de l'œil, mais n'en avait rien conclu concernant le siège occupé par la balle, l'inflammation de la capsule de Tenon suffisant à expliquer le peu de mobilité du globe oculaire.

Présentation d'instrument. — Uro-acidimètre de Peyraud et Gautrelet.

M. Peyraud présente à la Société un instrument pour mesurer l'acidité des urines. Il rappelle les efforts qu'il a tentés pour trouver quelque chose de très pratique, pouvant se mettre en œuvre au lit même du malade. Ainsi, il avait espéré à tort arriver à un résultat en remplissant un tube capillaire de teinture de tournesol, tube capillaire ouvert par la base et pouvant communiquer avec le liquide à examiner. Il supposait que l'acide agirait de proche en proche sur chaque molécule de la liqueur de tournesol et déterminerait une colonne rouge, à niveau plus ou moins dense, selon le degré d'acidité. L'expérience qu'il fit fut absolument négative. Ce n'est que cet été qu'il vit qu'on pouvait ajouter un liquide alcalin jusqu'au virage du papier de tournesol, procédé du reste qu'on employait au laboratoire de médecine thermale de Vichy, mais au moyen d'une cuvette graduée, d'un verre à expérience, d'une

baguette en verre, de papier de tournesol, d'un attirail enfin peu pratique au lit du malade. M. Gautrelet réalisa le desideratum de M. Peyraud d'une façon fort simple. Il fit construire une petite éprouvette graduée de la manière suivante : une première division représente dix centimètres cubes d'urine, quantité sur laquelle doit porter l'expérimentation; puis la partie supérieure de l'éprouvette est partagée en dix parties égales, elles-mêmes subdivisées; enfin, au moyen d'une solution alcaline titrée, il fixa les choses de façon qu'un gramme d'acidité fût représenté par une division, de telle sorte qu'on pût lire l'acidité en grammes sur l'appareil.

Pour mettre en jeu l'appareil, on procède fort simplement, on introduit d'abord les dix centimètres cubes d'urine, auxquels on ajoute un morceau de papier de tournesol sec. L'urine est acide, auquel cas on verse de la solution alcaline dosée comme suit :

Carbonate de soude.....	13 gr. 50 c.
Eau distillée.....	1,000 grammes.

Cette solution est versée jusqu'à ce que le papier de tournesol, rougi par l'urine, vire au bleu. Ce virage opéré, il suffit de lire le chiffre du niveau atteint par le liquide de l'éprouvette et l'on a en grammes le degré d'acidité par litre de l'urine dosée en acide phosphorique, comme du reste on la dose depuis longtemps au laboratoire de Vichy. Quand on songe que le présentateur a des observations dans lesquelles ont été constatées plus de 20 grammes d'acidité, on peut aisément juger du but pratique de cet instrument et de l'importance du dosage de cet élément par un instrument bien plus simple encore que tous les saccharimètres pour la mesure du sucre. L'acidité joue dans la pathogénie et le traitement des maladies de la nutrition un rôle assez considérable pour qu'on l'étudie dans toutes les humeurs accessibles à l'examen clinique, surtout dans l'urine et dans la sueur, ces deux puissants excréteurs des déchets organiques.

Avec cet appareil, M. Peyraud a essayé de doser l'acidité de la sueur sur des malades soumis à un bain de vapeur.

M. Ferron demande le traitement qu'il convient d'employer pour modifier l'hyperacidité.

M. Peyraud répond que le régime lacté, l'usage des végétaux, les bains de vapeur, l'usage des alcalins désacidifient. Les bains de vapeur constituent le moyen le plus puissant pour faire tomber rapidement l'acidité urinaire et sudorale. Dans les expériences faites, la sueur est, au bout de quelques bains, alcaline ou neutre, même chez les hyperacides exagérés. L'acidité urinaire semble persister plus longtemps que l'acidité sudorale. Les bains alcalins eux-mêmes, successifs ou prolongés, arriveraient au même résultat, d'après l'expérimentation qu'en a faite sur lui-même M. le Dr Jarret. La douche des princes ou massage sous l'eau augmente l'acidité pendant un certain temps, comme le massage prolongé, comme l'exercice, comme l'usage de la Grande-Grille et des Célestins, en un mot comme l'usage de toute espèce d'excitant. Il y a dans l'organisme une accumulation, une surcharge de l'acidité. Mais celle-ci une fois excrétée, l'usure des matériaux qui la constituaient étant produite, cette acidité a de moins en moins de chance à reparaitre. La Grande-Grille et les Célestins ne doivent pas être d'emblée conseillées à un hyperacide. C'est, dans ce cas, par l'eau de l'Hôpital, bicarbonatée simple, qu'il faut commencer, car celle-là désacidifie immédiatement.

Rapport.

M. Monod, au nom d'une Commission composée de MM. Lanelongue, Monod et Piéchaud, lit sur la candidature de M. Courtin un rapport dont les conclusions sont :

- 1° De renvoyer au Comité de publication le travail manuscrit de M. Courtin;
- 2° De mettre l'élection du candidat à l'ordre du jour de la prochaine séance;

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Voici le travail manuscrit envoyé par le Dr Courtin à l'appui de sa candidature :

Kystes hydatiques de la rate, du foie et de la plèvre.

Ayant eu l'occasion d'observer dans ces dernières années un grand nombre de kystes hydatiques, j'ai pensé qu'il était profitable de réunir quelques-unes de ces observations afin de montrer la marche clinique et les résultats opératoires divers qu'il m'a été donné d'enregistrer.

On est aujourd'hui parfaitement d'accord sur les différentes méthodes thérapeutiques à employer, la communication de M. Bouilly au Congrès français de Chirurgie de 1892 est à ce point de vue très explicite ; il y est formellement dit que les méthodes modernes du traitement des kystes hydatiques sont de deux sortes : incision ou injection de sublimé.

A l'incision appartiennent : 1° les kystes hydatiques contenant de nombreuses hydatides filles ; 2° les kystes multiples disséminés dans le foie ou l'épiploon ; 3° les kystes suppurés soit spontanément, soit après intervention.

L'injection de sublimé s'adresse particulièrement aux kystes simples uniloculaires, contenant le liquide clair, caractéristique ordinaire, et vierges de tout traitement antérieur.

Je me hâte de dire que dans les différents cas que j'ai eu l'occasion d'observer, à part un kyste hydatique de la rate, aucun autre n'avait qualité pour bénéficier de l'injection de sublimé.

Un kyste uniloculaire de la rate s'était développé chez un enfant de douze ans, V..., de Lanton (Gironde), qui m'avait été envoyé par son médecin ordinaire, le Dr Peyneaud (d'Arès), au mois de juin 1886. Pâle, maigre,

très chétif, cet enfant avait depuis longtemps des accès de fièvres intermittentes, fréquentes encore dans cette commune, entourée de lagunes. La rate avait pris depuis deux mois un grand accroissement, perceptible à la vue et au palper.

L'examen dénotait que la rate avait acquis la grosseur d'une petite tête de fœtus à terme, elle était également tendue en tous les points, régulière, et la fluctuation se percevait nettement. La marche était difficile, cet enfant marchait incliné du côté gauche.

Sur la partie antéro-externe où se percevait très bien la rénitence, je fis une ponction aspiratrice avec l'appareil Dieulafoy et retirais 850 grammes de liquide eau de roche; l'écoulement s'effectua facilement et sans arrêts. La ponction terminée, je retirai le trocart et obturai la petite plaie avec de l'ouate imprégnée de collodion iodoformé.

Après la ponction, le petit malade n'éprouva aucune douleur, aucune sensation de chaleur; j'eus le soin de ne pas palper la rate en ce moment, craignant l'écoulement du liquide dans la cavité du péritoine.

Dans la soirée, le petit malade est pris d'un frisson qui dure un quart d'heure et, à la suite de ce frisson, d'une chaleur intense avec transpiration. J'administrerais aussitôt du sulfate de quinine à hautes doses, la fièvre céda au bout de trois jours. Une semaine après la ponction, la rate avait repris son volume à peu près normal, elle n'était plus douloureuse; l'enfant V... repartait pour Lanton.

J'ai eu l'occasion de le revoir trois ans après, en 1889; il était très vigoureux, l'examen de la rate dénotait des diamètres normaux. Ces jours derniers, son médecin, M. Peyneaud, m'écrivait: « V... est actuellement un jeune homme très bien portant, il n'a plus souffert de son côté gauche et n'a plus été malade depuis sa ponction. »

Dans ce cas, une ponction simple a suffi pour amener une guérison définitive, mais il faut, à mon avis,

tenir compte des violents accès de fièvre qui suivirent la ponction; et n'y a-t-il pas lieu d'admettre que l'élévation de température (41°2), les troubles de nutrition provoqués par cet accès ont détruit la vitalité de la poche, puisque dès ce moment la rate est restée silencieuse?

Telle est, je crois, l'explication que l'on peut fournir de ce résultat heureux, signalé dans d'autres affections aiguës, érysipèle, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, durant l'évolution desquelles des kystes hydatiques avérés ont totalement disparu.

Il s'agissait, dans le second cas, d'un kyste hydatique du foie ouvert dans la plèvre, ayant déterminé une ulcération pulmonaire et des vomiques. Le cas fut observé chez une jeune femme de vingt-deux ans habitant Arès.

Au mois d'août 1886, son médecin, M. Peyneaud, fut appelé à lui donner des soins.

Cette malade se plaignait de douleurs violentes au-dessous des fausses côtes du côté droit.

Rien ne put la calmer; deux mois après, elle éprouvait une grande gêne pour respirer. Je fus appelé auprès d'elle le 28 octobre 1886.

Le foie, augmenté de volume, dépassait de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes; malgré un examen attentif, je ne pus trouver de la fluctuation sur la face antérieure; d'autre part, j'observais de la matité à la base du poumon droit, remontant jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Bruit de souffle, disparition des vibrations thoraciques, en un mot tous les symptômes d'un épanchement liquide, pas de douleurs dans l'épaule gauche, fièvre, température variant entre 38°5 et 40°.

La thoracentèse est immédiatement pratiquée, nous retirons 180 grammes d'un liquide aqueux, un peu louche, et nous faisons des lavages abondants avec de l'eau alcoolisée. La malade n'ayant pas obtenu le soula-

gement désiré et la base droite contenant toujours du liquide, M. Peyneaud pratiqua une seconde ponction le 2 novembre; il obtint une petite quantité de liquide et fit un nouveau lavage avec de l'eau alcoolisée.

Une troisième ponction fut faite quelques jours après sans résultats.

Le 8 novembre, la malade après un violent accès de toux, expectora des matières épaisses, gluantes, dans lesquelles on retrouva des membranes de vésicules filles.

Le 19 novembre, avec le plus gros trocart de l'appareil aspirateur, nous fîmes, avec M. Peyneaud, une quatrième et dernière ponction; il s'écoula une cinquantaine de grammes de pus avec des débris de vésicules; la cavité fut lavée à l'eau alcoolisée, avec les plus extrêmes précautions et, sans le moindre effort, nous fîmes passer dans la poche quatre litres de liquide. Dès ce moment, la fièvre disparaît, la malade se rétablit rapidement; elle a eu, depuis sa maladie, une grossesse qui s'est très bien accomplie; sa santé est très bonne.

N'y a-t-il pas lieu de critiquer cette conduite, et si l'on ne se reportait au résultat heureux obtenu, ne serait-on pas en droit de la juger timide?

Les premiers symptômes observés sont la douleur et l'augmentation du foie; ce n'est que deux mois après que la gêne respiratoire survient, à la fin du mois d'octobre; c'est au moment de l'apparition de ce nouveau symptôme que je suis appelé et que je pratique la première thoracentèse; fallait-il, le diagnostic établi, pratiquer aussitôt l'empyème qui eût facilité l'évacuation du liquide déjà louche et des vésicules? Je fus arrêté par deux motifs: le premier, c'est que je n'étais pas assuré de la solidité des adhérences pulmonaires, puisque la gêne respiratoire était récente; le second, c'est que j'allais mettre en communication avec l'air extérieur deux cavités, la plèvre et la cavité kystique du foie reliées par un trajet anfractueux et de déplétion difficile.

La vomique, tout en m'indiquant l'ulcération pulmonaire et la présence du pus et des vésicules dans la plèvre, ne put tenter encore mon bistouri. Je fis une dernière ponction, apportant aux lavages tout le soin possible, afin de ne pas détruire les adhérences pleurales récentes : le résultat est venu justifier ma conduite.

Mais si la suppuration pleurale avait persisté, j'eus pratiqué l'empyème avec d'autant plus d'espérance dans le succès, que j'aurais évité à ce moment l'accident du refoulement pulmonaire, que les adhérences, désormais solides, maintenaient aux parois de la plèvre et, par une antisepsie rigoureuse, j'aurais tâché de délimiter le processus septicémique si fréquent dans les cavités où l'écoulement des liquides doit suivre des trajets étroits et anfractueux.

Vient enfin, un troisième fait de kyste hydatique développé dans la plèvre gauche et très probablement dans la plèvre interlobaire.

Femme G..., trente-sept ans, habitant la commune du Temple, a toujours eu une santé débile; je la vois pour la première fois, avec le Dr Peyneaud, le 12 octobre 1891; aucun antécédent héréditaire ni personnel. La malade nous apprend qu'elle est souffrante depuis dix-huit mois environ, qu'elle tousse beaucoup, qu'elle a des crises d'étouffement, qu'elle souffre à la base du poumon gauche.

L'inspection du thorax dénote une augmentation de volume de tout le côté gauche, les espaces intercostaux sont élargis.

La percussion donne un son mat dans toute la partie postérieure et toute la partie antérieure du poumon; sous la clavicule, son tympanique; à l'auscultation, bruit de souffle dans toute la hauteur de la gouttière costo-vertébrale, respiration puérile au sommet.

Le bruit du son n'est pas perçu, les vibrations thoraciques sont transmises dans certains points; le cœur est

fortement dévié, il bat sous la mamelle droite, pas d'œdème de la paroi.

Ces différentes données cliniques nous autorisent à porter le diagnostic d'épanchement pleurétique enkysté, probablement purulent, et je pratique l'opération de l'empyème entre le cinquième et sixième espace intercostal, le long de la ligne axillaire.

Il s'écoule aussitôt une grande abondance d'un liquide trouble et un nombre considérable de vésicules filles; lavages à l'eau boriquée; je bourre la cavité du kyste, qui m'apparaît considérable, avec des lanières de gaze iodoformée.

M. Peyneaud renouvelle le pansement le 16 octobre, quatre jours après l'empyème; après avoir retiré les lanières de gaze, il s'échappa une grande quantité de vésicules filles, de la grosseur d'œufs de pigeon; ces pansements, suivis de lavages, furent faits jusqu'au 19 novembre. Ce jour-là, la poche mère commença à s'éliminer et notre confrère estime qu'il en retira un morceau de la grandeur d'un bonnet d'enfant nouveau-né.

Cette élimination par morceaux de la grande poche dura jusqu'au 14 décembre. La totalité des parties enlevées peut, d'après le médecin traitant, égaler en étendue celui d'un chapeau d'adulte.

Après l'expulsion de la poche, une suppuration abondante se produisit, s'accompagnant de toux, de sueurs nocturnes; l'appétit et le sommeil disparurent, des accès de fièvre se montraient fréquemment; cet état persista jusqu'au milieu du mois de mars.

Dès ce moment, la fièvre disparut, la suppuration diminua, l'appétit revint avec le sommeil, l'état général s'améliora.

La malade vient me voir à Bordeaux le 28 mai 1892; son drain laissait échapper du pus ayant mauvaise odeur, j'injecte de l'eau boriquée, la cavité de la poche en retient chaque fois 60 grammes; une sonde cannelée de huit centimètres pénètre facilement avant d'atteindre la paroi pulmonaire.

Je conseille, pour obtenir une guérison définitive, une opération d'Estlander, qui est pratiquée le 15 juin, avec l'aide du D^r Peyneaud et de M. Fieux, interne des hôpitaux.

Après désinfection de la cavité thoracique et de la paroi, la malade étant sous le chloroforme, je fais une vaste incision en U, comprenant l'incision ancienne, en coins arrondis dont la base est tournée vers le sternum, dissection de la peau et du tissu conjonctif; je trouve dans les muscles trois petits kystes hydatiques greffés sur les bords de la plaie thoracique que j'énuclee complètement, puis je pratique la résection sous-périostée des cinquième, sixième, septième et huitième côtes; au moyen de la pince d'Estlander, j'enlève quatre centimètres et demi d'os à la cinquième côte, trois centimètres et demi à la sixième, deux centimètres et demi à la septième et deux centimètres à la huitième.

Ces résections terminées, je fais avec une curette de Volkmann le raclage de la poche que je lave avec de la liqueur de Van Swieten, lanière de gaze iodoformée dans la cavité.

A la fin du mois d'août, deux mois et demi après l'opération, cette femme est complètement rétablie et reprend ses occupations; j'ai eu l'occasion de la voir le 9 décembre 1892; à ce moment, le tissu osseux est à peu près reproduit, le thorax est oblique par suite de l'aplatissement exagéré de son côté gauche.

La malade a pris de l'embonpoint, l'état général est très bon.

Ce dernier cas offre un grand intérêt à cause de l'incertitude du diagnostic qui, jusqu'au dernier moment, a tenu en suspens l'intervention chirurgicale.

L'empyème fait, fallait-il aussitôt pratiquer l'Estlander? Je ne le pense pas : d'abord parce qu'il était difficile à ce moment de mesurer l'étendue des résections costales; secondement l'Estlander n'aurait abouti qu'à donner du jour suffisant pour aller à la recherche de la poche mère. Mais était-il prudent d'aller exercer des

tiraillements sur cette membrane ou valait-il mieux attendre sa chute, comme on attend la déhiscence d'un placenta? Je me rangeais à cette seconde opinion avec d'autant plus de raison que je redoutais des hémorragies qu'il ne m'eût pas été peut-être facile d'arrêter dans une cavité aussi profonde.

Notre observation montre que l'élimination de la poche mère s'opérait sans accidents quarante jours après; à ce moment, la nature réparait de son mieux la cavité creusée par le kyste, et lorsque ce travail réparateur fut accompli, huit mois après l'empyème, je pratiquais l'Estlander.

A cette époque, je ne me décidais à pratiquer cette opération qu'après avoir acquis des données certaines sur l'étendue de la poche, pouvant par conséquent agir en toute connaissance de cause, sachant exactement le nombre et l'étendue des côtes qu'il fallait réséquer.

Le résultat immédiat fut excellent, deux mois et demi après tout était réparé.

Il y a encore dans cette observation un fait intéressant d'auto-infection : je rencontrais, en effet, trois kystes sur la lèvre inférieure de la plaie de l'empyème, au niveau du point d'écoulement des liquides et qui s'étaient développés dans les fibres musculaires.

Un autre fait à signaler : ces trois observations ont été prises sur des malades habitant tous les landes girondines; c'est qu'en effet les kystes hydatiques sont très fréquents dans ces régions, à cause des eaux potables qui, le plus souvent, au lieu d'être des eaux de source, sont des eaux d'infiltration prises dans des puits creusés à deux ou trois mètres de profondeur et dans lesquelles sont entraînés les échinocoques.

L'âge et le sexe de ces trois malades ne donnent aucune indication particulière, si ce n'est que l'usage plus fréquent du vin et des boissons alcoolisées paraît

traient dans une certaine mesure protéger les hommes adultes.

La séance est levée.

SÉANCE DU 12 MAI 1893

PRÉSIDENTE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. Carles. La partie du procès-verbal que je viens d'entendre me fait vivement regretter de n'avoir pas pu assister à la séance précédente. Si j'ai bien saisi, **MM.** Peyraud et Gautrelet ont présenté un appareil pour doser l'hyperacidité des urines. Je comprends et j'approuve le souci qu'ont ces messieurs de pouvoir déterminer le degré d'acidité de la sécrétion rénale, mais je me demande comment ils peuvent arriver à des résultats qui leur donnent satisfaction. Lorsqu'on analyse les urines par de grands froids, leur acidité varie peu assurément. Mais il n'en est plus de même dès que la température monte et dépasse 20 et 25°, comme dans les stations thermales. Alors, en effet, dès que l'urine se trouve en contact avec les ferments urinaires, son urine est rapidement transformée en carbonate d'ammoniaque, et, d'acide qu'elle était au début, devient promptement neutre et même alcaline. Ce fait, qui se produit toujours et avec une progression variable en dehors de la présence des antiseptiques, est considérablement activé par la malpropreté des vases de nuit, comme cela arrive dans les meilleurs hôtels. Du reste, même quand il s'agit de vases de ménage particuliers, il devient pratiquement difficile d'éloigner les ferments ammoniacaux en question. Il est bien rare alors qu'une

urine morbide, prélevée, selon l'usage, sur le mélange des mictions de vingt-quatre heures et qui a voyagé pendant l'été, arrive à destination avec une acidité bien sensible. Je comprends, en conséquence, qu'une acidité urinaire positive, lorsqu'on la rencontre, ait une signification relative. Mais que conclure dans le cas où une urine acide s'est transformée à l'insu du chimiste en une urine neutre et même alcaline?

M. Ferron. J'apprécie la valeur des objections de M. Carles; aussi, dans les hôpitaux militaires, déterminons-nous le degré d'acidité des urines de nos malades aussitôt après leur sortie de la vessie. C'est aussi, je crois, ce que font MM. Peyraud et Gautrelet, et il est regrettable que personne n'ait soulevé à la dernière séance, en présence de M. Peyraud, les objections que vient de présenter M. Carles.

M. Carles. Le procédé de M. Peyraud, mis en œuvre au moment même de l'urination, serait parfait si l'urine de chaque miction avait un degré d'acidité pareil. Malheureusement l'expérience démontre qu'il est loin d'en être ainsi. Pour avoir la vérité, il faudrait prendre la moyenne entre les six ou sept excréctions vésicales des vingt-quatre heures, ce qui devient impossible. En pratique, il faut réunir toutes ces urines et, à l'aide d'une propreté minutieuse, empêcher toute fermentation ammoniacale en les éloignant de la chaleur.

Élection.

M. Courtin est nommé membre titulaire de la Société.

Angiokératome. — Présentation de malade.

M. W. Dubreuilh. Le petit malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un cas d'une lésion assez curieuse et de connaissance assez récente. La première observation est celle que j'ai publiée en janvier 1889 dans le premier numéro des *Annales de la Polyclinique de Bordeaux* sous le nom de *verrues télangiectasiques*. La même année, Colcott Fox en publiait deux observations sous le nom de *lymphangiectasies*, et M. Mibelli, sans

connaître mon observation, publiait un mémoire « Sur une nouvelle forme de kératose », dans lequel il étudiait très complètement l'anatomie pathologique de cette affection et lui donnait le nom d'*angiokératome*. Depuis lors, bon nombre de travaux ont été publiés, parmi lesquels je signalerai les deux importants mémoires de Mibelli et de Pringle, publiés tous deux en 1891.

Chez ma première malade, j'avais été frappé de la coïncidence des saillies verruqueuses et de dilatations ampullaires de vaisseaux superficiels. J'avais cru qu'il s'agissait de verrues dans lesquelles s'étaient produites des dilatations des capillaires sanguins des papilles. Je ne vis la malade qu'une fois. C'était assez pour constater qu'il s'agissait d'une lésion que je n'avais jamais vue et qui n'était décrite nulle part, mais je ne pus faire d'examen microscopique.

Mibelli et Pringle ont pu exciser des fragments de peau et établir que l'hyperkératose verruqueuse est consécutive à un angiome superficiel et que la lésion primitive et essentielle est un hémangiome. C'est un angiome avec hyperkératose, d'où le nom d'*angiokératome* donné par Mibelli et universellement accepté depuis.

Le petit malade que je vous présente est âgé de sept ans. Il est accompagné par sa mère, mais habite chez des parents à la campagne; de sorte que les renseignements qui nous sont fournis manquent un peu de précision.

Cet enfant n'a d'engelures que depuis deux ans et, avant cette époque, il ne présentait aucune des lésions qui sont si frappantes actuellement. Les angiokératomes ont donc apparu à la suite des engelures; mais il est, je crois, rare de voir une éruption si abondante se faire en si peu de temps.

Actuellement, la face dorsale de tous les doigts des deux mains est criblée de lésions à tous les stades de développement. On en trouve même quelques-unes sur la face palmaire des doigts et la face dorsale de la main, mais en bien moindre abondance.

Les plus petites lésions sont constituées par un petit point rouge foncé qui ne dépasse guère un quart de millimètre de diamètre, qui s'efface mal à la pression et qui n'est surmonté d'aucune altération de l'épiderme.

Dans les lésions plus volumineuses, on trouve plusieurs de ces points rouges groupés en une tache d'un à deux millimètres, irrégulière, un peu saillante et sur laquelle on constate un certain épaissement de la couche cornée de l'épiderme.

Enfin, à un stade plus avancé, la lésion est franchement saillante et présente l'aspect d'une verrue piquetée de rouge et de noir. Les points rouges sont formés par des dilatations ampullaires des capillaires superficiels, les noirs sont dus à des caillots de sang desséché dans des dilatations analogues qui ont perdu leurs connexions avec la circulation générale. Ils sont tellement superficiels que quelques-uns sont mis à nu par l'usure de la couche cornée. Mibelli a montré, en effet, que ces dilatations ampullaires sont quelquefois en contact immédiat avec l'épiderme.

Des lésions analogues s'observent de même aux pieds.

Une fois constituées, ces lésions peuvent durer indéfiniment, car dans une observation que j'ai présentée à la dernière séance de la Société de Dermatologie, une vieille dame, qui avait eu dans sa jeunesse des engelures et des angiokératomes, les conservait encore trente ans après. Depuis qu'elle n'avait plus d'engelures, il ne se formait plus de nouvelles taches rouges, mais les anciennes n'avaient aucune tendance à disparaître.

Rapport sur la bibliothèque de la Société de Médecine.

M. Armaignac lit le rapport suivant :

MESSIEURS,

Je viens, au nom d'une Commission composée de MM. P. Dupuy, Pujos et Armaignac, vous entretenir de notre examen de la bibliothèque.

Avant que nos collections fussent transportées dans le local actuel, peu d'entre vous se faisaient une idée

exacte de leur importance et de leur valeur; cependant, si la place faisait défaut pour les étaler au grand jour, il était néanmoins facile de se rendre compte de leur richesse, car un catalogue exact, minutieux et très complet, avait été dressé par notre honorable collègue M. Ch. Dubreuilh pendant qu'il était bibliothécaire.

Notre bibliothèque compte aujourd'hui environ 1,800 ouvrages ou mémoires, formant plus de 5,000 volumes reliés, parmi lesquels quelques belles éditions anciennes et fort rares et même un Incunable d'une très grande valeur : c'est un *Avicenne*, imprimé à Venise, en 1485 et dans un parfait état de conservation.

Nous possédons aussi les Œuvres de Thomas Willis, celles d'Houlier, annotées par le Dr Antoine Valet, qui exerçait la médecine à Bordeaux au xvi^e siècle; les *Aphorismes* de Van Swieten, les Œuvres d'Ambroise Paré, d'Hoffman, de Paracelse, de Sydenham, de Riolan, de Morton, l'*Anatomie* de Diemenbroeck et d'autres ouvrages anciens d'une grande valeur.

Tout fonds de bibliothèque médicale se compose de trois sortes d'ouvrages :

1^o Les livres, brochures, mémoires, dictionnaires, atlas, traités didactiques, monographies, etc.;

2^o Les publications périodiques, journaux, revues, Bulletins des Sociétés savantes;

3^o Les manuscrits, qui se divisent en trois classes : ceux qui forment la correspondance, ceux qui ont trait à l'administration de la Société, procès-verbaux des séances publiques, du Conseil d'administration, pièces de comptabilité et d'ordre intérieur, et enfin les travaux originaux lus par les membres, envoyés par les correspondants ou transmis pour les concours pour les prix à décerner.

Les manuscrits avaient été classés et catalogués avec soin par M. Ch. Dubreuilh, mais le déménagement ne leur a pas été favorable; ils ont été bouleversés, entassés pêle-mêle et sans ordre et il y a lieu de les mettre en état d'être consultés. Notre laborieux Secrétaire général a mis en ordre et catalogué les manuscrits d'ordre

intérieur et toute la correspondance, mais il reste à classer tous les autres manuscrits, qui ne sont pas à dédaigner; car il en est de très importants, principalement dans ceux qui ont été envoyés pour les prix. Pour cette raison, nous insistons pour que ces manuscrits soient classés méthodiquement et fassent l'objet d'un catalogue spécial.

Quant aux livres et brochures, dont le nombre est assez considérable, ils constituent une mine précieuse dans laquelle les chercheurs et les érudits pourront fructueusement fouiller. Ils trouveront là des monographies rares et peu connues sur toutes les parties de la médecine et des sciences accessoires, et principalement une importante collection, occupant plusieurs rayons de notre bibliothèque qui, sous les noms de *Monographies médicales*, de *Mélanges*, comprend toute sorte de brochures, de mémoires, de monographies, de thèses, publiés depuis le commencement du siècle jusqu'à nos jours.

Les brochures s'égarèrent facilement; aussi, nos prédécesseurs ont eu l'idée de les faire relier ensemble, ce qui était un bon moyen de les conserver; en effet, un volume disparaît plus difficilement qu'un mémoire de quelques pages. Ce qui le prouve, c'est que si l'on consulte les anciens catalogues et même celui de M. Ch. Dubreuilh, on remarque que tous les travaux qui ont été réunis en volumes ont été conservés et sont parvenus jusqu'à nous, tandis que ceux qui n'ont pas été reliés ont complètement disparu. Nos prédécesseurs avaient donc eu raison de procéder comme ils l'ont fait et ils agissaient de la façon suivante, qui me paraît la bonne manière : ils faisaient relier ensemble les brochures de même format, les in-4° avec les in-4°, les in-8° avec les in-8° et ainsi de suite, de manière à obtenir des volumes uniformes.

Cette manière de procéder, si simple, si rationnelle, vient d'être malheureusement modifiée, mais le changement est loin d'être heureux pour ne pas dire davantage. On a voulu les classer par ordre de matières sans s'in-

quêter des formats; aussi, en ouvrant les derniers volumes de la collection, on éprouve une pénible surprise, que je ne puis me dispenser de vous signaler : les in-4° sont reliés avec des in-8° ou même des formats plus petits, ce qui a obligé le relieur à replier les pages du grand format en hauteur et en largeur. En rognant le volume, il est même arrivé parfois que les pages pliées ont été coupées en morceaux. D'autres fois, la différence de marges et la justification du texte rendent la lecture de certains volumes très laborieuse et très pénible (nos 9 et 19). Les livres ne sont pas faits pour orner les rayons d'une bibliothèque scientifique et la reliure doit être non pas une parure, mais un simple moyen de conservation.

Les derniers volumes de notre collection de mélanges portent des rubriques diverses : *vessie, voix, rhumatisme, aliénation mentale, chirurgie, ophtalmologie, maladies épidémiques*, etc., etc. Je ne serais pas, pour ma part, ennemi de ces classifications qui peuvent offrir quelques avantages aux lecteurs, mais à la condition que ces classifications soient bien faites. Or, il n'en est rien. C'est ainsi que dans le volume portant la rubrique *Rhumatisme*, par exemple, j'ai trouvé un mémoire sur l'hémostasie dans les hémorragies traumatiques, un autre sur la cure de l'atonie intestinale par les eaux minérales de Châtel-Guyon.

Dans le volume intitulé *Voix* (n° 14), se trouve un numéro du *Bulletin de la Société des Dentistes du Sud-Ouest*. Dans un autre volume ayant pour titre : *Voix, Yeux, Nez, Oreilles* (n° 4), j'ai trouvé un travail sur le mal vertébral de Pott et un autre sur la transfusion du sang.

Sous la rubrique *Vessie*, j'ai trouvé un mémoire sur les calculs biliaires, un autre sur la fissure à l'anus, un autre sur la hernie lombaire, un autre sur la hernie crurale, un autre sur la fistule à l'anus, un autre sur le prurit anal et, enfin, un autre sur la présentation du siège décomplétée.

Dans le volume intitulé *Ophtalmologie*, j'ai trouvé un mémoire sur la sclérose multiloculaire des enfants.

Sous la rubrique *Maladies épidémiques* (nos 37 et 38), j'ai trouvé un mémoire sur un cas d'empoisonnement par le venin de la vipère, un autre sur les soins consécutifs à la trachéotomie, un autre sur l'emploi des frictions mercurielles dans la syphilis, un autre sur l'influence du saturnisme d'origine paternelle sur le produit de la conception, et quelques autres dont les rapports sur les maladies épidémiques sont tout aussi étranges que ceux que je viens de citer.

Dans le volume portant pour titre *Organes génitaux*, j'ai relevé un mémoire sur la varicelle, un autre sur le cancer du rectum et un autre sur les paralysies obstétricales des nouveau-nés.

Dans le volume consacré à l'*Aliénation mentale* (n° 3), on trouve un catalogue de photographie, un numéro du *Journal des Sciences anthropologiques* et enfin un travail sur « les nègres et la civilisation égyptienne ».

Après les constatations singulières dont je viens de vous fournir quelques exemples, vous conviendrez avec moi que l'innovation tentée dans ces dernières années n'a pas été heureuse au point de vue de l'exécution matérielle. Tout en laissant à un employé, parfaitement étranger du reste aux choses de la médecine, le soin de réunir en volume les brochures de même format, il serait indispensable, ce me semble, que notre distingué Archiviste s'assurât, avant d'envoyer les volumes au relieur, qu'ils ne contiennent pas de sujets aussi hétérogènes que ceux dont je viens de vous parler. On éviterait de la sorte les mutilations irréparables qui ont déjà été faites et auxquelles il faut songer sérieusement à mettre un terme, si nous ne voulons pas compromettre désormais l'existence de nos brochures.

Les savants et les travailleurs, qui s'occupent avant tout de médecine pratique, ne font guère remonter à Hippocrate ou à Galien l'art de guérir selon les données de l'anatomie, de la physiologie, de la chimie et de la microbiologie surtout qui, dans ces dernières années, a pris une si grande extension; leurs recherches ne s'étendent pas beaucoup au delà du milieu de

ce siècle. Ceux-là sont de beaucoup les plus nombreux et leurs recherches se portent principalement dans les collections de journaux.

Ce sont les journaux, en effet, qui publient les premiers à peu près toutes les découvertes scientifiques et il serait difficile de trouver un fait tant soit peu intéressant de médecine ou de chirurgie qui ne figurât pas dans les publications périodiques. Ces publications elles-mêmes sont subdivisées en spécialités et c'est ainsi que nous avons des journaux spéciaux d'anatomie et de physiologie, de thérapeutique, de pathologie nerveuse, de dermatologie, de gynécologie, d'électrothérapie, de laryngologie, d'otologie, d'ophtalmologie, etc. Ce sont donc les journaux et les bulletins des Sociétés savantes qui constituent surtout le fonds de lecture d'une Société comme la nôtre.

Voyons donc quelles sont nos richesses à cet égard.

Nous possédons actuellement environ 190 collections de journaux. Bulletins de Sociétés savantes ou publications périodiques formant à elles seules 2,850 volumes, dont vous trouverez, à titre de document, l'énumération détaillée jointe à mon rapport. Je me hâte d'ajouter, toutefois, qu'un grand nombre de ces collections n'ont aucune valeur parce qu'elles sont réduites à des tronçons insignifiants. Pour n'en citer que quelques exemples, je vous dirai que 24 de ces collections ne renferment chacune que 1 seul volume; 9 en ont 2; 16 en ont 3; 14 en ont 4, etc. Ces tronçons dépareillés étant pour ainsi dire sans valeur, il conviendrait, je crois, de n'envoyer désormais à la reliure que les collections ou parties de collections qui valent la peine d'être conservées; ce serait une économie pour nos finances.

Ceci m'amène à vous parler des collections qui nous ont paru les plus importantes et que votre Commission désirerait voir figurer entières dans notre bibliothèque. Ce sont :

1° Les *Archives de Physiologie* (complet);

2° Le *Bulletin de la Société de Chirurgie* (complet);

- 3° *La Revue des Sciences médicales* (complet);
- 4° *La Revue générale d'Ophthalmologie* (manquent les 12 premières années);
- 5° *Le Progrès médical* (manquent les 8 dernières années);
- 6° *La Gazette des Hôpitaux* (manquent 1849 à 1857, 8 années);
- 7° *La Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* (manquent 1885-86);
- 8° *La France médicale* (manquent 1871-72-73);
- 9° *La Gazette médicale de Paris* (manque 1851);
- 10° *Le Bulletin de Therapeutique* (manquent 1887 à 1893);
- 11° *Les Annales d'Oculistique* (manquent de 1884 à 1893).

De toutes ces collections, nous n'en avons que trois de complètes, et quelques-unes, parmi les plus importantes, présentent des lacunes plus ou moins considérables, qu'il serait trop onéreux de combler en s'adressant aux éditeurs; mais en cherchant un peu dans les librairies d'occasion, je crois que nous pourrions acquérir assez facilement et à bon compte les tronçons qui nous manquent. Pour ma part, je me mets, d'ores et déjà, à la disposition de la Société pour l'aider dans ses recherches et je me ferai un plaisir de lui signaler ce que je pourrai trouver dans les catalogues ou chez les libraires.

Les journaux que nous recevons nous parviennent de trois façons : 1° par abonnement; 2° par échange avec nos *Bulletins*; 3° à titre gracieux, par dons volontaires et parmi ces donateurs le plus important est le *Journal de Médecine de Bordeaux*.

1° Les journaux auxquels nous sommes abonnés sont au nombre de cinq seulement. Ce sont : 1° les *Archives de Physiologie*; 2° le *Bulletin de la Société de Chirurgie*; 3° la *Revue des Sciences médicales*; 4° l'*Union médicale*; 5° la *Revue générale d'Ophthalmologie*. Ce nombre est restreint et nous croyons qu'il y a lieu de l'augmenter. On pourrait sans inconvénient également remplacer l'abonnement à l'*Union médicale*, qui n'a plus la même impor-

tance qu'autrefois, par un autre journal. Enfin, en tenant compte des désirs exprimés par plusieurs de nos collègues et en faisant la part des sacrifices pécuniaires que nous croyons compatibles avec l'état de nos finances, on pourrait s'abonner aux journaux suivants :

<i>Le Progrès médical</i>	20 francs.
<i>La Semaine médicale</i>	8 —
<i>La Revue de Chirurgie</i>	23 —
<i>La Revue de Neurologie</i>	20 —
<i>Les Annales d'Oculistique</i>	18 —
<i>Les Annales d'Obstétrique et de Gynécologie</i>	20 —
Soit un total de.....	109 francs.

2° L'échange avec nos *Bulletins* nous procure un assez grand nombre de journaux; nous pensons qu'il y a lieu de continuer cet échange avec les publications qui en valent la peine. Nous proposerions même, avant de nous abonner aux six journaux dont j'ai parlé tout à l'heure, de demander l'échange à ces journaux et, dans le cas de refus seulement, nous prendrions l'abonnement.

3° Les journaux qui nous sont offerts à titre gracieux, soit par les éditeurs, soit par nos collègues ou par le *Journal de Médecine de Bordeaux*, nous parviennent d'une façon assez irrégulière, cela se comprend, et jusqu'ici on a attendu la fin de l'année pour réclamer les numéros manquants. Or, il arrive ceci, c'est que nos lettres restent sans réponse; la plupart des éditeurs ne connaissent pas la Société de Médecine et de Chirurgie qui ne reçoit leur journal que par un intermédiaire. A la fin de l'année, lorsqu'on veut faire relier la collection, on est obligé de demander aux libraires de la Société les numéros manquants et c'est une dépense assez sérieuse dont le chiffre pour l'année dernière a dépassé 50 francs.

Pour éviter cet inconvénient, il faudrait que les collections fussent constamment tenues à jour et qu'aussitôt qu'on s'apercevrait qu'il manque un numéro, on s'adres-

sât à celui qui nous envoie le journal pour le réclamer. De la sorte, nous aurions constamment nos collections complètes au prix de quelques timbres-poste.

Depuis que notre bibliothèque a été transportée dans notre local actuel, on a confectionné un catalogue par fiches, comme cela se pratique aujourd'hui dans la plupart des bibliothèques. Ce système, très commode pour le service de la bibliothèque, l'est beaucoup moins pour les lecteurs et nous nous faisons l'écho du plus grand nombre des membres de notre Société en réclamant, en outre des fiches, un catalogue ordinaire par ordre de matières, par ordre alphabétique et par noms d'auteurs. Ce catalogue, qu'il faudrait établir sur un registre à papier très fort pour éviter l'usure prématurée, serait très facile à faire, car il n'y aurait qu'à copier les fiches après avoir vérifié ces dernières pour éviter toute erreur. L'avantage du catalogue ordinaire sur les fiches, c'est que celles-ci sont mobiles et peuvent s'égarer ou se déplacer, tandis qu'il n'en est pas de même pour les feuillets d'un registre.

La confection d'un catalogue est donc chose très facile aujourd'hui, ce n'est qu'une affaire de direction scientifique. En une année, M. Ch. Dubreuilh, dont la clientèle était très étendue et les occupations très nombreuses, a pu classer et cataloguer tous les manuscrits, tous les livres et brochures. En 1871, M. le Dr Pujos, lorsqu'il était Archiviste-Bibliothécaire, en a fait un également très complet par ordre de matières et par noms d'auteurs. Aujourd'hui, il y a un employé qui est tenu d'être présent quatre heures par jour. En admettant qu'il en emploie deux au catalogue, le travail peut être fait en quelques mois.

En conséquence, votre Commission a l'honneur de vous faire les propositions suivantes :

1° A partir de 1894, l'abonnement à l'*Union médicale* est supprimé ;

2° M. le Trésorier est autorisé à prélever dans la caisse de la Société une somme de 109 francs pour abonnements aux journaux suivants :

- 1° *Le Progrès médical* (20 francs);
- 2° *La Semaine médicale* (8 francs);
- 3° *La Revue de Chirurgie* (23 francs);
- 4° *La Revue de Neurologie* (20 francs);
- 5° *Les Annales d'Oculistique* (18 francs);
- 6° *Les Annales d'Obstétrique et de Gynécologie* (20 fr.)

Toutefois, avant de faire les abonnements nouveaux, le Secrétaire général devra proposer l'échange avec nos *Bulletins*, à moins qu'il n'y ait avantage pour la Société de payer l'abonnement;

3° Un crédit d'une somme de 200 francs est ouvert pour se procurer d'occasion et, en dernière extrémité, chez les éditeurs, les années manquantes des collections incomplètes spécifiées dans le présent rapport;

4° Les brochures et collections ne pourront être envoyées à la reliure qu'après vérification de M. l'Archiviste-Bibliothécaire et sous sa responsabilité;

5° Il sera établi pour chaque journal servi régulièrement une fiche sur laquelle notre employé indiquera au fur et à mesure les numéros manquants;

6° Dans le cas forcé d'achat de numéros manquants, la dépense devra être votée par le Conseil d'administration sur présentation de la liste par M. l'Archiviste-Bibliothécaire;

7° Les manuscrits seront mis en ordre et catalogués en commençant par les travaux qui ont été envoyés pour les concours des prix de la Société;

8° Un catalogue général et complet de tous les ouvrages de la bibliothèque sera établi le plus tôt possible sous la direction de M. l'Archiviste.

M. Davezac réclame l'abonnement de la Société aux *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*. Pour que les journaux ne s'égarent pas et soient faciles à trouver, il propose de les tenir dans des cartons.

M. Régis a plusieurs collections médicales, notamment de la *Gazette des Hôpitaux*, parmi lesquelles il offre à la Société de prendre les numéros manquants.

M. Pujos. Ne pourrait-on faire voter immédiatement sur les conclusions de M. Armaignac?

M. le Président propose à la Société de surseoir au vote sur les conclusions de la Commission de la bibliothèque, jusqu'à ce que son rapport ait été soumis au Conseil d'administration.

Cette proposition, conforme d'ailleurs au règlement, est acceptée par la Société.

La séance est levée.

SÉANCE DU 19 MAI 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. Moure tient à rappeler un cas d'angiokératome, observé par lui sur la corde vocale d'un malade et absolument analogue aux tumeurs cutanées décrites par *M. W. Dubreuilh*. L'examen microscopique, pratiqué par *M. Sabrazès*, dont *M. W. Dubreuilh* a vu les préparations, a démontré que l'angiokératome de la muqueuse laryngée ressemblait entièrement à l'angiokératome cutané.

M. W. Dubreuilh. L'observation de *M. Moure* pourrait s'appeler angiome kératosique ou papillomateux, mais ce n'est pas un angiokératome malgré les analogies anatomiques.

On trouve dans le cas de *M. Moure* un hémangiome superficiel surmonté d'un épaissement de l'épithélium tout à fait semblable à ce qui se voit dans l'angiokératome, avec les différences dans la structure de l'épiderme qui tiennent à la région.

En effet, sur la corde vocale on ne trouve pas de couche granuleuse à éléidine et les cellules cornées conservent leur noyau; ce qui ne se voit pas dans

l'épiderme cutané. Mais cela ne suffit pas pour identifier les deux maladies.

Le mot d'*angiokératome* désigne un type morbide très bien défini; les observations, et elles commencent à être nombreuses, sont toutes parfaitement semblables. Ce sont des hémangiomes multiples, superficiels, siégeant aux extrémités, survenant à la suite des engelures et généralement surmontés d'une hyperkératose verruqueuse.

La caractéristique est donc anatomique, symptomatique et étiologique; la seule analogie anatomique ne suffit pas pour identifier des cas aussi dissemblables aux autres points de vue que celui de M. Moure et les miens.

On sait que tous les angiomes cutanés superficiels, d'origine sanguine, lymphatique ou mixte, sont susceptibles de provoquer au-dessus d'eux une hypertrophie de l'épiderme qui se traduit par des verrucosités; ce fait, peu fréquent et toujours partiel dans les autres angiomes cutanés, est presque constant dans l'angiokératome, ce qui peut tenir à sa localisation spéciale.

L'observation de M. Moure est importante en ce qu'elle montre que le même phénomène peut se produire dans certaines muqueuses dermo-papillaires particulièrement exposées aux irritations et aux traumatismes.

M. le Président souhaite la bienvenue à M. Courtin qui remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'acceptant au nombre de ses membres.

Ankylose temporo-maxillaire. — Résection articulaire. Présentation de malade.

M. Demons. Je désire montrer à la Société le petit malade que je lui ai déjà présenté il y a quelques mois pour une constriction des mâchoires due à une ankylose temporo-maxillaire déterminée par une malencontreuse application de forceps. Je m'étais proposé, tout d'abord, de faire à cet enfant une ostéotomie sous-condylienne. Mais, une fois le condyle mis à découvert par deux

incisions de trois centimètres se coupant perpendiculairement, je me trouvai en face d'un massif osseux très volumineux englobant à la fois le col et le condyle. Une résection fut alors décidée et réalisée à l'aide de la gouge et du maillet. Malgré la suppression de l'obstacle osseux, l'écartement des mâchoires persistait encore à cause d'une rétraction invincible du muscle temporal. Je dus alors sectionner l'apophyse coronéide au niveau de l'insertion de ce muscle, ce qui me donna le résultat désiré. Cette opération fut rendue très laborieuse par l'exiguïté des incisions superficielles que j'avais résolument faites très petites de façon à ménager la parotide et le nerf facial et aussi par un accident de chloroforme qui fit traîner l'acte chirurgical en longueur. Toutes conditions qui m'empêchèrent d'obtenir la réunion primitive de la plaie. Le malade, que j'opérai il y a un mois, est néanmoins guéri et de son opération et de son infirmité. Il écarte suffisamment les mâchoires pour parler et mastiquer. Il n'éprouve aucune douleur dans l'accomplissement de ces fonctions. L'ostéotomie sous-condylienne, proposée en 1828, n'a été pratiquée qu'un très petit nombre de fois. Au contraire, la résection du condyle, proposée en 1872, fut exécutée neuf fois jusqu'en 1885, ainsi qu'il résulte du relevé statistique fait par Ranke et reproduit par Reclus et Forgue dans leur *Thérapeutique chirurgicale*. Sur ces neuf opérations, l'on obtint neuf fois un résultat satisfaisant. Il en a été de même dans le cas actuel où je n'ai eu qu'à me louer de mon intervention.

Kyste du mésentère. — Présentation de malade.

M. W. Binaud. Le malade que je vais avoir l'honneur de vous présenter a eu deux fois la dysenterie. Entre les deux accès de cette maladie, il a vu survenir une augmentation de volume dans son abdomen. Quand nous avons examiné ce malade, il présentait une tumeur légèrement mobile dans le sens transversal et cependant ayant des adhérences nombreuses avec la paroi abdomi-

nale. Il y avait, en outre, une zone assez sonore à la percussion. Le diagnostic de kyste mésentérique fut porté. M. le professeur Demons a pratiqué l'opération de la manière suivante : Au lieu de chercher à énucléer la tumeur pour l'enlever en masse, il s'est contenté de l'ouvrir et de faire le drainage. Les suites de l'opération ont été heureuses et le malade a parfaitement guéri, ainsi que vous pourrez le constater en l'examinant.

Conformément à l'article 20 du règlement et de l'avis de la Société, la discussion est ouverte sur cette communication.

M. Courtin. Je désire poser deux questions à M. Binaud. Ne pourrait-on établir aucune relation pathogénique entre les deux crises de dysenterie qui ont, chez ce malade, précédé l'apparition du kyste et ce kyste lui-même et admettre ici l'existence d'un kyste ganglionnaire? En second lieu, l'existence d'une zone sonore au-devant de la tumeur, jointe au peu de mobilité de cette dernière, ne pouvait-elle faire admettre le diagnostic de kyste mésentérique? Je me rappelle, à ce propos, avoir vu dans le service de M. Lanelongue un malade porteur d'un kyste abdominal qui fut soumis à l'examen clinique des candidats pour un concours de chirurgien des hôpitaux. La tumeur était profondément immobile et masquée en avant par des anses intestinales sonores; le diagnostic de kyste mésentérique, accepté par le jury, fut confirmé le lendemain du concours par la laparotomie.

M. W. Binaud. Je ne puis guère voir qu'une simple relation de coïncidence entre le développement de cette tumeur et la dysenterie dont fut atteint ce malade, comme d'ailleurs nombre de militaires alors en garnison à La Rochelle. Du reste, s'il se fût agi d'un kyste ganglionnaire, celui-ci eût été plus petit et non formé d'une poche unique. Pour ce qui est du diagnostic, j'avais songé à un kyste épiploïque à cause de la mobilité transversale relative que présentait la tumeur.

M. Demons. Il n'y avait pas chez ce malade la sonorité intestinale prékystique dont a parlé M. Courtin, mais

au contraire une adhérence complète entre la tumeur et la paroi abdominale. On ne saurait donc regarder comme un signe constant des kystes mésentériques la présence de cette zone sonore en avant de la tumeur, ainsi que paraît le croire M. Courtin. Ceci dit, je tiens surtout à mettre en lumière la nature du traitement employé. Au lieu de chercher à énucléer et à extirper la poche, je me suis contenté de l'ouvrir, de la drainer et j'ai obtenu une guérison plus lente à la vérité, mais beaucoup plus sûre. Rien n'est, en effet, laborieux comme l'ablation des tumeurs du mésentère : adhérences à séparer, ligatures multiples à placer, hémorragies fréquentes, sphacèle de l'intestin dû à l'oblitération d'un nombre considérable de vaisseaux destinés à nourrir cet organe, dangers d'inoculer le péritoine, etc. Aussi, la ligne de conduite que j'ai suivie me semble-t-elle de beaucoup préférable, que le kyste soit ou non adhérent à la paroi abdominale. Dans le premier cas, rien n'est plus simple, comme on l'a vu dans le récit de l'observation qui vient de vous être présentée. Dans le second cas, il n'y a qu'à attirer vers l'incision tégumentaire les bords de la poche ouverte et de marsupialiser cette dernière en y assurant un bon drainage. Nombre de kystes abdominaux sont justiciables de ce mode d'intervention. Nous l'avons formellement proposé, M. Villar et moi, au dernier Congrès de Chirurgie, comme le traitement de choix à appliquer aux kystes hydatiques rétrovésicaux. M. Poncet (de Lyon), qui s'était d'abord montré hostile à cette méthode, s'y est rallié par la suite. J'ajouterai, en terminant, qu'elle est encore indiquée en face de certaines salpingites purulentes dont l'extirpation serait susceptible d'entraîner, par déchirure de la poche, une péritonite suraiguë.

M. W. Binaud. Même dans les cas où le kyste mésentérique est pédiculé, ce qui semble constituer pour l'ablation complète une excellente condition, des accidents terribles ont été signalés : tout d'abord, une syncope due aux tiraillements exercés sur le plexus solaire,

puis l'absorption de produits septiques susceptibles d'amener une infection rapidement mortelle. Autant de considérations qui viennent s'ajouter aux raisons avancées par M. Demons en faveur de la marsupialisation.

Laryngocèle. — Présentation de malade,

M. Moure présente un malade de quarante-neuf ans qui lui fut adressé pour des polypes des fosses nasales et un enrouement rebelle. L'examen laryngoscopique révèle l'existence d'une affection extrêmement rare. Il s'agit d'une éversion ventriculaire du côté droit, à tel point que la muqueuse de ce ventricule fait hernie dans le ventricule du côté opposé. En outre, il existe sur la partie latérale du cou une tumeur ovoïde qui gonfle pendant l'expiration forcée et se réduit par le massage ou l'inspiration. Cette tumeur est sonore, gazeuse, aérienne : c'est une laryngocèle qu'on peut expliquer par les efforts de toux qui accompagnaient une bronchite spasmodique contractée par ce malade il y a deux ou trois ans.

Si l'on rencontre assez communément des trachéocèles, il est exceptionnel de voir des laryngocèles et M. Moure n'en avait encore jamais observé. En présence de cette affection, doit-on et peut-on intervenir? L'intervention est en apparence possible. Il suffirait d'ouvrir la poche et de réduire la muqueuse éversée; la voix, sans doute, serait de cette manière recouvrée. Si l'opération paraît facile lorsque le sujet est éveillé, grâce aux efforts expiratoires qui gonflent à volonté le sac aérien, en serait-il de même sous l'anesthésie chloroformique? D'autre part, serait-on sûr, en intervenant, de faire disparaître cet enrouement dont le malade paraît d'ailleurs se préoccuper fort peu?

M. Demons. Cette tumeur ne va-t-elle pas augmenter encore et l'enrouement aussi? D'un autre côté, cette opération me paraît bien peu compliquée. La tumeur est là, sous la peau, facile à ouvrir sans chloroforme, avec l'aide de la cocaïne. La poche serait ensuite résé-

quée de la quantité voulue et les bords réunis par quelques points de suture. Quant au sort de l'enrouement après cette intervention, c'est là un point devant lequel s'arrête ma compétence.

M. Ferron. Je crois également l'opération facile, mais je me demande si elle sera efficace au point de vue de l'enrouement. Aussi, ne me déciderais-je, pour ma part, à intervenir que si le malade y tenait énormément. Dans le cas contraire, l'abstention me semble préférable.

**Enfant succombant à une insuffisance mitrale.
Médiastinite antérieure prise pour une symphyses
cardiaque.**

M. André Moussous lit le travail suivant :

Le mois de juin dernier, on conduisait dans mon service de l'hôpital des Enfants un petit garçon de treize ans en pleine période asystolique. Le pouls était faible et irrégulier, l'œdème occupait les membres inférieurs et le scrotum, les bases pulmonaires étaient congestionnées, il y avait de la dyspnée d'effort.

Après une quinzaine de jours de repos et de traitement, le cœur reprit un peu d'énergie, les urines devinrent plus abondantes et l'œdème disparut. Mais, en dépit de la thérapeutique et malgré l'absence de toute fatigue, à cette première crise de défaillance cardiaque en succéda bientôt une nouvelle, puis plusieurs autres, si bien que le malade vint de succomber dans les premiers jours de mai, environ un an après le moment de son entrée dans la salle.

Pendant cette longue période d'observation, j'ai cherché à me faire une opinion précise sur la nature des lésions cardiaques.

Les résultats fournis par l'exploration pratiquée dans les meilleures conditions, c'est à dire pendant les

phases d'amélioration, ont toujours été les mêmes : légère voussure de la région précordiale ; mouvements ondulatoires rythmiques de la paroi thoracique consistant en une dépression des troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux, se produisant pendant la systole, dépression immédiatement suivie d'un soulèvement, d'un ressaut diastolique. Battements de la pointe assez nettement perçus dans le cinquième espace, à trois travers de doigt au-dessous du mamelon, juste en dedans de la ligne mamelonnaire. Matité cardiaque absolue, augmentée d'étendue, mais très difficile à séparer de la zone de submatité également accrue.

Souffle systolique très net en jet de vapeur, à maximum vers la pointe du cœur, se propageant dans la ligne axillaire, perceptible dans toute la région dorsale.

Mon diagnostic fut : insuffisance mitrale avec symphyse cardiaque.

L'insuffisance était accusée par les caractères et le *sons* de la propagation du souffle. L'absence de roulement diastolique, de souffle et de frémissement *caïre* présystolique, de dédoublement du second *bruit* de la base, permettait d'affirmer que l'insuffisance ne s'accompagnait pas de rétrécissement.

Cette insuffisance mitrale était-elle *réelle*, c'est à dire produite par une déformation phlegmasique de la *valvule*, ou *relative*, c'est à dire liée à la dilatation *ventriculaire*?

La péricardite chronique avec adhérences s'accompagne souvent, on le sait, de lésions secondaires du *myocarde*, il se fait de la distension cardiaque.

L'insuffisance survient quand l'anneau fibreux de l'orifice auriculo-ventriculaire se trouve forcé. Cette insuffisance relative se traduit bien entendu par un souffle analogue à celui de l'insuffisance réelle.

Étant donné que je croyais à de la symphyse cardiaque, j'aurais pu ne songer qu'à cette insuffisance relative signalée dans quelques cas; mais le caractère invariable du souffle, sa persistance pendant les périodes de mieux étaient en faveur d'une insuffisance réelle.

La raison d'être de l'endocardite valvulaire m'était fournie par les antécédents du petit malade qui, depuis l'âge de dix ans, avait eu trois attaques de rhumatisme articulaire, l'une d'elles soignée à l'hôpital des Enfants en 1890.

L'autopsie me permit de reconnaître l'insuffisance mitrale; les valvules étaient épaissies, déformées, ratatinées, présentaient, en un mot, les lésions classiques de l'inflammation chronique; on n'y trouvait ni ulcérations ni végétations.

Le cœur était volumineux, le ventricule gauche en particulier était dilaté; ses parois ne mesurant pas plus d'un centimètre d'épaisseur.

Les cavités droites, également distendues, étaient encombrées de caillots adhérents, dont la formation avait dû précéder de plusieurs jours l'agonie.

En relation avec ces coagulations intracardiaques, on découvrait dans le poumon droit un infarctus de la grosseur d'un œuf, occupant une partie du lobe inférieur; on en rencontrait plusieurs autres, de la grosseur d'une noisette, disséminés dans l'autre poumon.

Ces infarctus n'avaient donné lieu à aucun symptôme, n'avaient produit ni crachats hémoptoïques ni exagération de la toux et de la dyspnée.

Un embolus fibrineux occupait le rameau de l'artère pulmonaire correspondant à l'infarctus le plus volumineux. Aucun doute ne pouvait s'élever sur le mode de formation des foyers apoplectiques intrapulmonaires. Par contre, la symphyse cardiaque supposée n'existait pas.

J'avais été conduit à admettre l'adhérence des deux feuillets péricardiques pour deux motifs. J'y avais été conduit par la constatation très nette de la *dépression intercostale systolique*, signe qui, depuis Skoda, figure dans la symptomatologie de la symphyse du cœur.

Mais ma façon de voir avait une autre base, plus valable, à mon sens, que le signe physique en question.

Je m'étais laissé convaincre par les données de l'expérience clinique. Il est devenu classique d'admettre que les enfants ne succombent pas aux lésions orificielles chroniques. Il semble bien établi que chez eux la terminaison fatale n'est à redouter dans le rhumatisme cardiaque que si le péricarde est atteint.

Cadet de Gassicourt, tout en ne niant pas la possibilité de la mort par endocardite isolée, considère le fait comme tout à fait exceptionnel. La péricardite dans les cas d'asystolie grave est à peu près constante, même en dehors de signes révélateurs, on est presque autorisé à l'affirmer.

Si la cavité péricardique était conservée, si l'on ne trouvait dans le sac séreux aucune trace de lésions inflammatoires récentes ou anciennes, il existait cependant des adhérences anormales du bord antérieur du poumon gauche avec le péricarde d'une part, avec la paroi thoracique d'autre part.

La languette pulmonaire qui se place en avant du ventricule gauche, connue sous le nom de *languette de Luscka* était encapuchonnée dans une coque pleurale épaissie. Cette coque lui enlevait non seulement sa souplesse, s'opposait à son expansion normale, mais bridait et empêchait ses mouvements de translation de gauche à droite. Ce n'est qu'en usant du scalpel que je pus l'isoler.

Il y avait symphyse costo-pleuro-pulmo-péricardique.

Les adhérences n'étaient, du reste, pas localisées au bord antérieur du poumon gauche; elles s'étendaient en dehors et en arrière sur presque toute la surface pleurale de ce côté. Le bord du poumon droit était, au contraire, absolument libre. La plèvre avait à son niveau, son aspect, sa translucidité habituelle. Il y avait donc une médiastinite antérieure, mais une médiastinite partielle limitée au côté gauche du médiastin.

On a indiqué un certain nombre de particularités révélées par l'exploration minutieuse des malades atteints de symphyse cardiaque.

Le dédoublement du deuxième bruit à la base;

L'affaissement systolique des veines cervicales (Friedreich);

Le pouls paradoxal (Kussmaul) coïncidant ou non avec le gonflement inspiratoire des veines du cou;

La diminution de la saillie inspiratoire du côté gauche (Williams);

L'invariabilité de la zone de matité absolue du cœur pendant les mouvements respiratoires.

Les trois premiers symptômes n'existaient pas chez mon petit malade. Quant aux deux derniers, ils me semblent d'une appréciation bien délicate; il eût été impossible, dans ce cas particulier, d'en affirmer l'existence.

D'un avis unanime, la valeur de ces différents signes est médiocre.

Sans parler du dédoublement du deuxième bruit qui n'a, bien entendu, rien de pathognomonique, on sait que François-Franck a noté, à l'encontre de Friedreich, l'affaissement systolique des veines cervicales. Le pouls paradoxal peut être produit à volonté par certains sujets qui ne présentent aucune affection cardiaque.

Enfin, la diminution de la saillie inspiratoire à

gauche, l'invariabilité de la zone de matité péricardiale sont aussi bien, à mon sens, des signes de médiastinite antérieure que de symphyse cardiaque.

J'en dirai tout autant de l'immobilité du cœur signalée par le professeur Potain dans une récente leçon ⁽¹⁾. Si le cœur ne se déplace pas lorsque le malade passe du décubitus dorsal au décubitus latéral, c'est surtout, comme l'indique Potain lui-même, en raison des adhérences que le péricarde a contractées avec la paroi thoracique.

Si je m'étais appuyé pour établir mon diagnostic sur l'unique recherche des signes physiques, je n'aurais éprouvé aucun étonnement à le trouver démenti par les constatations cadavériques.

Nous n'avons aucun moyen de reconnaître, à coup sûr, la symphyse cardiaque et surtout aucun moyen de la différencier de la médiastinite antérieure. Quoique bien imbu de cette vérité, j'ai indiqué les raisons qui m'avaient poussé à me départir de la prudence recommandée.

Cet exemple montre une fois de plus la réserve dans laquelle il faut toujours se maintenir. Il nous apprend également que la dépression systolique intercostale peut être produite par la médiastinite antérieure seule, indépendante de toute adhérence des feuillets péricardiques entre eux.

Sous ce rapport, mon observation doit être rapprochée de trois autres, dues la première à Maurice Raynaud, la deuxième à Florand, la troisième à Morel-Lavallée ⁽¹⁾. Le mécanisme de la dépression intercostale systolique est assez facile à comprendre dans le cas de médiastinite antérieure.

On sait qu'il existe physiologiquement une légère dépression systolique un peu au-dessus de la pointe

⁽¹⁾ *Semaine médicale*, 17 mai 1893.

indiquée par les tracés cardiographiques, appréciable même à la vue chez certains sujets à parois thoraciques maigres et souples.

Cette *pulsation négative*, nom sous lequel l'a désignée Balfour, est due au vide intrathoracique produit par la systole ventriculaire. Elle serait beaucoup plus marquée si la languette pulmonaire qui se trouve en contact avec le ventricule ne venait immédiatement se placer entre le péricarde et la paroi thoracique, de façon à combler l'espace laissé vide par le retrait du cœur.

Si, par le fait d'adhérences anormales, cette languette pulmonaire est refoulée en dehors ou immobilisée sur place, elle ne peut plus subir cette aspiration péri-ventriculaire liée à la systole. Rien ne contrebalance plus la pression atmosphérique, qui s'exerce de dehors en dedans sur les espaces intercostaux de la région péricardiale et les déprime.

Ces conditions se trouvaient réalisées chez le petit malade.

La médiastinite, dans les proportions où nous l'avons rencontrée, ne devait exercer aucune gêne notable sur le fonctionnement du cœur; il faut chercher en dehors d'elle la gravité exceptionnelle du cas.

Les renseignements pris nous ont fait savoir que notre petit malade travaillait comme manœuvre dans une corderie. Sa besogne était des plus pénibles. Il demeurait, en outre, fort loin de la corderie et se levait tous les matins à quatre heures pour se rendre à son ouvrage.

Ce surmenage suffit à expliquer la précocité et la tournure funeste des accidents asystoliques.

La séance est levée.

(*) *Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque.* Paris, 1886.

SÉANCE DU 26 MAI 1893

PRÉSIDENTE DE M. CHABRELY

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président annonce la mort de M. le Dr Flornoy, ancien Président de la Société, chirurgien en chef honoraire de la Maternité, et fait en quelques mots l'éloge du défunt.

Lentigo infectieux des vieillards — Présentation de malade.

M. W. Dubreuilh. M. Jonathan Hutchinson (de Londres) a présenté au Congrès international de Dermatologie de Vienne des dessins à l'aquarelle d'une forme morbide qu'il désignait du nom de *lentigo infectieux des vieillards*. J'ai pu rappeler à cette occasion, qu'en 1888, M. H. Lamarque en avait présenté un cas à la Société d'Anatomie de Bordeaux et que j'en avais moi-même observé un autre. C'est ce malade que j'ai l'honneur de vous montrer.

Cette affection est caractérisée par l'apparition sur la joue d'une large tache pigmentaire ou plutôt d'un groupe de taches brunes ou noires, sans aucune modification de la peau ou de l'épiderme autre que la pigmentation et notamment sans infiltration d'aucune sorte. Cette tache grandit très lentement, puis au bout d'un temps qui se chiffre par années, il apparaît au voisinage de la tache un épithélioma qui n'est généralement pas mélanique. Le malade que je vous présente a, depuis vingt-cinq ou trente ans, une tache rouge sur la pommette gauche, consécutive à un traumatisme. Cette tache a commencé à se pigmenter depuis environ six ans. Un an après, il se formait *au voisinage* de la tache pigmentée un petit épithélioma, que j'ai enlevé en décembre 1888. En juin 1892, est apparu un nouvel

épithélioma, non pas sur la cicatrice, mais dans son voisinage. L'ablation, faite en juillet de la même année, n'a pas encore été suivie de récurrence.

D'après l'examen d'une troisième malade que j'ai observée depuis, je serais assez disposé à rapprocher cette maladie du xeroderma pigmentosum, car on y peut retrouver, outre les macules pigmentaires, des taches vasculaires et des taches achromateuses.

Calculs urétraux chez la femme.

M. Dubourg lit le travail suivant :

Il y a quelques jours, le 27 avril dernier, notre collègue et ami le Dr de Biermont me pria de voir avec lui une dame de cinquante-trois ans, chez laquelle il avait constaté la présence d'un calcul engagé dans l'urètre. La veille, en urinant et cela sans aucune espèce de *difficulté* ni *douleur*, j'insiste là-dessus, elle avait rendu un premier calcul de la grosseur d'une petite amande, d'un blanc grisâtre, irrégulier et dont la forme, taillée en facettes sur deux de ses faces, ne laissait pas de doute sur la pluralité des fragments.

Notre confrère put sonder la malade *sans difficulté*, mais constata néanmoins que la sonde frottait contre un corps dur, avec un petit bruit métallique caractéristique, qui lui permit d'affirmer la présence d'un autre calcul.

Appelé près de la malade, mon premier soin fut de la sonder et, comme notre confrère, je fus frappé de la facilité avec laquelle je pénétrai dans sa vessie, tout en ayant perçu, moi aussi, le frottement déjà observé. Pensant alors que nous pouvions avoir refoulé quelque fragment déjà engagé, j'examinai la cavité vésicale avec une sonde à exploration, après y avoir injecté une certaine quantité d'eau boricuée. Mon examen fut absolument négatif. En aucun point du réservoir urinaire je ne trouvai traces de calculs. Ne trouvant rien

ni dans la vessie ni dans l'urètre, je passai à la cavité vaginale. Là, mon espoir ne fut pas trompé. A peine avais-je introduit le doigt, en suivant la paroi antérieure que, à trois centimètres à peine de l'orifice vulvaire, je trouvai une tuméfaction notable; siégeant dans l'épaisseur de la *cloison urétro-vaginale* et sur laquelle mon index reconnut bientôt une boutonnière de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes; je pus y engager l'extrémité du doigt et buttai aussitôt contre un corps dur qui me parut être le corps du délit tant cherché. Une pince à polypes courbe, introduite sur mon doigt servant de conducteur, put saisir le calcul et l'amener au dehors. Celui-ci avait la forme d'un bouton de manchettes en ivoire, convexe sur ses deux faces, régulièrement arrondi. Le doigt, introduit de nouveau dans cette cavité, reconnut encore la présence de nouveaux fragments et je pus successivement en enlever trois autres, ces trois derniers gros comme des noisettes, tous très irréguliers, taillés de facettes planes ou concaves, ce qui faisait au total *cinq calculs*, en comptant celui que la malade avait rendu spontanément la veille. Mon doigt, promené dans cette grande cavité, put constater enfin qu'il ne restait plus rien. Nous fîmes un lavage complet *vaginal* et *vésical*, nous prescrivîmes un régime spécial et laissâmes la malade dans un excellent état, qui ne s'est pas démenti depuis.

Inutile de vous dire que je n'ai fait ni proposé aucune tentative opératoire sur la *fistule urétro-vaginale*. Elle me paraît devoir se combler en grande partie elle-même; s'il persiste plus tard une petite fistulette, il n'y a guère lieu de s'en préoccuper, puisqu'elle siège en dehors du réservoir urinaire et qu'il est de peu d'importance que quelques gouttes d'urine passent par le vagin, au moment de la miction, chez une femme de cet âge. Au surplus, si elle en est

incommodée d'une façon ou d'une autre, il sera toujours temps, plus tard, d'aviser à cette minime infirmité.

Voici les cinq calculs extraits par la voie vaginale. Ils sont d'un blanc grisâtre, présentant des formes diverses, des facettes planes ou creuses, comme les calculs qui ont habité longtemps la même loge et se sont usés les uns contre les autres. Leur *poids* total est de 15 grammes. Réunis entre eux, ils présentent à peu près le volume d'un gros marron d'Inde. Leur *densité* me paraît relativement légère; ils sont certainement formés de *phosphates terreux*.

Reste à étudier le mode d'évolution de ces calculs et à expliquer leur pathogénie.

Notre malade, âgée de cinquante-trois ans, a eu un enfant, plus une fausse couche. Elle n'est plus réglée depuis une dizaine d'années. Comme antécédents morbides, nous relevons quelques crises de *rhumatismes* et enfin un peu de *gravelle blanche* dans ces cinq dernières années. Depuis ce temps, elle accusait parfois de fréquents besoins d'uriner, étant obligée de se lever la nuit deux ou trois fois pour les satisfaire; de temps en temps enfin, elle avait présenté quelques difficultés pour la miction, sans que celle-ci eût jamais été sérieusement entravée, puisque son médecin habituel n'a jamais été appelé à la soigner pour cela. Elle prétend n'avoir jamais uriné de sang.

Or, de deux choses l'une : ou un premier calcul s'est formé dans la vessie, s'est engagé dans l'urètre, n'a pu le franchir, y a séjourné quelque temps, ulcérant la paroi inférieure de l'urètre pour s'y creuser une loge, y élire domicile, appelant ensuite autour de lui la formation de nouveaux habitants; ou bien l'urine, déjà chargée de quelques sédiments calcaires, a trouvé dans l'urètre de cette femme une *lacune* toute préparée pour y séjourner plus que de raison,

s'y altérer rapidement et favoriser la précipitation des phosphates, point de départ de nos calculs, *véritables calculs urétraux*.

Je me rattacherai de préférence à cette seconde hypothèse, parce que rien dans les antécédents de la malade ne révèle *la série d'accidents* qu'aurait certainement entraînés la présence d'un calcul engagé dans l'urètre et assez volumineux pour ne pouvoir le franchir. Avant que ce calcul, ainsi engagé et assez gros pour ne pouvoir sortir par un urètre de femme, pourtant si dilatable, se soit perdu dans les tissus péri-urétraux, il faut bien supposer qu'il aurait séjourné pas mal de temps avant d'ulcérer la paroi, pour s'y créer une loge. Or, pendant tout ce temps, nous ne retrouvons ni rétention absolue d'urine, ni écoulement de sang, ni douleurs excessives. C'est à peine si nous avons noté quelques mictions plus fréquentes et plus pénibles.

Abordant la seconde hypothèse, calculs se formant de toute pièce dans l'urètre ou dans son voisinage, il faut bien admettre une disposition particulière de l'urètre, soit *congénitale*, soit *acquise*, permettant une accumulation anormale de l'urine en ce point, son altération, bientôt suivie de dépôts calcaires successifs, amenant la formation de véritables calculs.

Cette disposition congénitale peut exister quelquefois sous forme de véritables dilatations ampullaires, sacciformes, constituant l'*urétrocèle*. Mais ce n'est peut-être pas là le cas le plus fréquent et on peut encore trouver dans des *lésions accidentelles* la cause de cette disposition. Or, la grossesse et l'accouchement me semblent devoir figurer ici pour une large part. Pour peu que la paroi inférieure de l'urètre ait été contusionnée ou tirillée, il peut survenir une érosion, une déchirure, par laquelle commenceront à s'infiltrer quelques gouttes d'urine, point de départ

plus tard *d'une véritable poche urinaire* dans les tissus péri-urétraux.

Les calculs une fois formés dans cette poche, quel que soit son mode de formation, il est facile de prévoir ce qui va advenir. Tout d'abord, ils prennent cette forme à facettes, propre à tous calculs enfermés dans une loge étroite et en contact permanent les uns avec les autres. Puis leur volume, tendant à s'accroître de plus en plus, ils finissent par user la paroi de cette poche. Dans le cas actuel, l'usure a porté *surtout du côté du vagin*, l'orifice de communication avec l'urètre restant toujours très étroit; une petite perforation s'est faite, puis a augmenté; à un moment donné, un des calculs s'est fait jour à travers et pendant la miction est tombé dans le vase, ce qui a pu faire croire à cette femme qu'il avait été entraîné avec l'urine par la voie urétrale. Un examen attentif a pu seul nous permettre de remettre les choses au point.

Telle est, en quelques mots, l'histoire de ces calculs qu'on pourrait plus proprement désigner sous le nom de *péri-urétraux*. Je crois qu'ils sont très rares chez la femme, *au moins dans de pareilles conditions*. Je tenais à vous les montrer, pour les mettre en parallèle avec le cas si remarquable que notre collègue et ami Loumeau a observé chez l'homme et dont il nous a entretenus dans une de nos séances du mois de *février dernier*.

M. Loumeau. La communication que vient de nous faire M. Dubourg est extrêmement intéressante. D'abord par la rareté du fait observé, ensuite par le nombre, le volume et l'aspect si insolite de ces calculs, enfin par la contribution qu'elle apporte à l'histoire peu documentée des calculs péri-urétraux. C'est, en effet, moins de calculs urétraux proprement dits qu'il s'agit ici, comme d'ailleurs notre collègue le remarquait lui-même en terminant son travail, que de calculs péri-urétraux,

mieux dénommés encore *calculs para-urétraux*. Étudiés en 1869, par Bourdillat dans sa thèse intitulée : *Calculs de l'urètre et des régions circonvoisines chez l'homme et chez la femme*, ces calculs sont fort rares. Chez l'homme, ils se développent de préférence aux régions scrotale et périnéale antérieure, où ils ont pu atteindre le poids invraisemblable de 1,500 grammes. Chez la femme, dont il doit être seulement question ici, les calculs *péri-urétraux* sont absolument exceptionnels. Leur siège de prédilection est alors ou bien une fistule ou bien la *paroi* uréthro-vaginale. Dans le cas actuel, les calculs *habitent* une poche formée par l'urètre dilaté et *sail-lante* dans la cavité vaginale. Cette hernie urétrale me *paraît* être due à l'exagération pathologique de dispositions qui existent normalement sur la muqueuse du canal féminin. Ce sont de petites dépressions, des sinus que certains auteurs ont à tort considérés comme des glandes et qui peuvent offrir une profondeur de quinze à *vingt* cinq millimètres. C'est dans un de ces nids, progressivement amplifié, que se sont déposées les concrétions si curieuses présentées par M. Dubourg. Elles se *sont* formées soit par précipitation directe de l'urine *stagnante*, soit par stratifications secondaires autour d'un *petit* grain calcaire (acide urique, oxalate de chaux, par *exemple*) descendu des voies urinaires supérieures. Primitivement en communication large avec la lumière du canal, cette poche en est devenue de plus en plus *distincte*. Tel, l'anévrysme sacciforme que son développement éloigne de plus en plus de la paroi artérielle qui *lui* a donné naissance. C'est ainsi que ces calculs *n'arrêment* souvent aucun trouble du côté de l'urètre où *passent* librement et l'urine et la sonde. Ils peuvent se *révéler* uniquement par l'obstacle qu'ils opposent du côté du vagin soit à l'exploration chirurgicale, soit aux *rapports* sexuels. En tout cas, le traitement de choix est celui mis en œuvre par M. Dubourg. La voie vaginale, vers la *quelle* bombait la tumeur, a permis d'extraire les calculs sans difficulté et d'obtenir la guérison.

M. Armaignac. Je ne puis m'empêcher, bien qu'étran-

ger à la spécialité dont il s'agit en ce moment, d'insister sur les formes régulièrement géométriques de ces calculs qui semblent avoir été moulés et polis les uns sur les autres.

M. Troquart. Je veux à mon tour insister sur la rareté des calculs péri-urétraux chez la femme. En ce qui touche leurs rapports avec le vagin, je rappellerai que M. Guyon, dans une de ses Cliniques, fait ressortir le rôle important du toucher vaginal dans le diagnostic des maladies de la vessie. Au point de vue pathogénique, il faut admettre la formation sur place de ces calculs, dans une cavité préexistante, appartenant à la paroi uréthro-vaginale refoulée de haut en bas et constituant un diverticule urétral, une urétrocèle vaginale. Aux hypothèses précédemment émises sur la formation de cette poche, on pourrait ajouter encore celle d'un abcès ouvert dans l'urètre et dont la cavité parcourue ultérieurement par l'urine serait devenue le siège de ces concrétions. Mais il est difficile d'établir d'une manière bien positive le mécanisme exact qui a présidé, dans le cas actuel, au développement de l'affection.

M. André Boursier. L'observation si intéressante de M. Dubourg est un fait patent d'urétrocèle. Cette affection a été bien décrite, en 1886, par Duplay, dans les *Archives de Médecine*, puis par son élève Piedpremier en 1887 et dans la thèse de Daniel Témoïn en 1889. Elle débute par la muqueuse et finit par la chute complète de la paroi uréthro-vaginale. Une tumeur irréductible en résulte où s'accumulent tantôt l'urine seule, tantôt des calculs dont l'extraction est naturellement indiquée par le vagin.

M. Carles demande à M. Dubourg la permission d'examiner ces calculs au sujet desquels il remettra une note.

La séance est levée.

SÉANCE DU 2 JUIN 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. Carles remet la note suivante sur le résultat de l'analyse chimique qu'il a faite des calculs présentés à la dernière séance par *M. Dubourg* :

« Ces cristaux sont constitués par ordre de proportion décroissante par :

- 1° Du phosphate de chaux;
- 2° Du phosphate ammoniaco-magnésien;
- 3° Du mucus vésical;
- 4° De l'oxalate de chaux;
- 5° De l'urate de chaux;

c'est à dire par cet ensemble de substances insolubles qui se forment toujours dans toutes les urines lorsqu'elles sont envahies par les agents de la fermentation ammoniacale ou putride et que l'urée est lentement transformée en carbonate d'ammoniaque.

» J'estime, après cela, que tout commentaire relatif à la genèse de ces cristaux est superflu et que chacun comprend comment ils ont dû se former en dehors de la vessie. »

Correspondance.

1° Une lettre de *M. Charles Dubreuilh* annonçant l'envoi à la Société du manuscrit d'un discours qui fut prononcé dans la séance publique du 16 septembre 1807.

M. Sous. Ce manuscrit ne porte pas de signature, mais j'ai très bien reconnu l'écriture du *D^r Caillaud* qui était alors Secrétaire. Ce travail a été imprimé dans l'*Almanach* de la Société. J'ai remercié *M. Dubreuilh* pour cet envoi.

2° L'envoi par M. Régis, qui en fait don à la bibliothèque de la Société, de sept années de la *Gazette des Hôpitaux* (1851 à 1858).

M. le Président se fait l'interprète de la Société en remerciant M. Régis de son gracieux présent.

M. le Président annonce à la Société que M. Moreau a eu la douleur de perdre sa mère et qu'une lettre de condoléances va lui être adressée à cette occasion.

Prima mensis.

Les maladies le plus souvent observées pendant le mois de mai sont : des chancres mous, des érysipèles, des épanchements pleurétiques, des angines herpétiques, la coqueluche, la variole, la rougeole.

Tumeur du sternum. — Présentation de malade.

M. Dubourg. Le malade que je vais vous montrer est âgé de soixante-un ans et porteur d'une énorme tumeur du sternum, mesurant trente centimètres de longueur environ sur vingt-cinq de large. Il y a cinq à six ans, il avait été entraîné par une vache, roulé à terre et, de chute en chute, heurté violemment contre un tronc d'arbre. Il y a deux ans, je vous ai déjà présenté ce malade pour connaître votre avis sur le diagnostic de cette tumeur et sur la conduite chirurgicale à tenir. MM. Dudon et André Boursier avaient pensé à un ostéosarcome. Croyant qu'il s'agissait là d'un anévrysme des os, j'inclinai vers l'électrolyse qui fut acceptée par nos collègues. Cinq ou six séances électrolytiques, pratiquées à quelques jours d'intervalle et sans accidents, amenèrent un réel bénéfice. Les douleurs se calmèrent, mais aucune modification ne se fit sentir au point de vue du volume ni des battements. Impatienté de la lenteur d'action de ce traitement, le malade y renonça bientôt et n'a plus voulu rien faire. Ainsi abandonnée à elle-même, la tumeur a depuis deux ans augmenté au point qu'elle a à peu près l'aspect et les dimensions d'une tête d'un jeune veau. L'état général est satis-

faisant et ce sarcome me semble s'être parfaitement trouvé de l'abstention opératoire observée à son égard. Il est plus que probable que si le malade avait subi, il y a deux ans, une intervention chirurgicale, je n'aurais pas eu à vous le montrer aujourd'hui.

M. Duden. Il est très intéressant de revoir les malades à une certaine distance d'un premier examen et de pouvoir ainsi apprécier la valeur d'une opinion précédemment émise sur le diagnostic et la thérapeutique de l'affection. Ici, notre avis a été de tous points confirmé; il s'agit d'un sarcome du sternum et l'abstention que nous avons conseillée a été couronnée de succès, puisque le malade est encore vivant. Aujourd'hui, comme il y a deux ans, j'estime qu'il faudrait être plus que téméraire pour oser porter le bistouri sur une pareille tumeur. Au début, alors que le mal était très limité, l'ablation du néoplasme, avec résection plus ou moins étendue du sternum, eût peut-être été possible. Des interventions de cette nature ont été à différentes reprises pratiquées et personnellement j'ai eu deux fois à intervenir dans des circonstances analogues.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une vigoureuse jeune femme de vingt-cinq ans, atteinte d'un enchondrome développé au niveau de deux premières pièces du sternum. Je réséquai de cet os l'étendue nécessaire à l'ablation du néoplasme et vis battre sous mes yeux le cœur et l'aorte. Une médiastinite suppurée s'ensuivit, mais n'empêcha pas la guérison opératoire. Quelque temps après, la récurrence se fit dans les attaches du sterno-cléido-mastoïdien par un petit noyau que j'enlevai et qui fut suivi plus tard d'une énorme tumeur costale. Malgré le bon état de la santé générale, je ne crus pas devoir intervenir une troisième fois.

Mon deuxième cas est relatif à une femme de cinquante-cinq ans, de la campagne, qui me fut confiée par notre regretté collègue Burguet et qui présentait un fibrome de l'ovaire, volumineux et adhérent. Je fis l'ovariotomie et la guérison fut obtenue sans autre incident qu'une entérocélite aiguë produite par l'absorption

d'une trop forte dose de calomel. Deux ou trois ans après, la malade souffrait du bras gauche, et présentait dans le creux sus-claviculaire une petite tumeur dure, mobile, irrégulière. C'était un fibro-chondrome que j'enlevai en même temps que deux fibromes de la paroi abdominale. La guérison persista complète pendant deux ans. Au bout de ce temps, des douleurs éclatèrent dans le sternum où je constatai l'existence d'une tumeur bosselée et dure à l'union des deux premières pièces de cet os. Je procédai à l'ablation de ce nouveau fibro-chondrome et fis la désarticulation des clavicules, la section des premières côtes, la résection partielle du sternum. Le mal avait gagné en profondeur. La plèvre gauche fut ouverte pendant l'opération, l'air pénétra dans la cavité pleurale dont la plaie fut bourrée d'un tampon antiseptique. Bien qu'assez simple dans son exécution, l'opération ne donna pas le résultat attendu et la malade mourut trois jours après.

Si donc la résection du sternum est praticable, relativement facile et indiquée dans certains cas de tumeur bien limitée, cette opération ne saurait être appliquée aux cas analogues à celui de M. Dubourg.

M. Dubourg. J'estime que les opérées de M. Dudon se seraient beaucoup mieux trouvées d'une abstention opératoire complète. En intervenant, notre collègue ne leur a procuré aucun bénéfice. La récurrence s'est faite rapidement. Abandonnée à elle-même, la maladie eût certainement donné une survie plus longue.

M. Dudon. La plus jeune de mes malades a, au contraire, été enchantée de ma première opération. Elle était magnifique, s'est mariée, a eu plusieurs années de bonheur et de santé parfaite. Pouvait-on mieux attendre de l'abstention systématique proposée pour tous les cas par M. Dubourg?

M. Dubourg. Je persiste à croire et j'affirme que la résection du sternum appliquée au traitement des tumeurs malignes de cet os est une mauvaise opération. Comment, lorsqu'il s'agit d'un sarcome du fémur vous proposez la désarticulation de la hanche pour être bien

sûr de dépasser largement les limites du mal et vous n'hésitez pas, en présence d'un sarcome du sternum, os spongieux et mou, à vascularisation si active, à faire une opération aussi incomplète que la résection? Traitez ainsi, je le veux bien, un fibrome, un abcès froid, une tumeur bénigne quelconque; mais, devant une affection comme celle dont il s'agit ici, l'indication formelle est de s'abstenir. De cette manière l'on prévient l'inévitable récurrence à laquelle ont succombé les deux malades de M. Dudon, et l'on obtient le résultat autrement enviable que vous constatez sur mon malade aujourd'hui.

M. Dudon. Soit, mais alors généralisons à tous les organes ce que M. Dubourg vient de dire du sternum.

Acné varioliforme. — Présentation de malade.

M. Troquart. La malade que je désire montrer à la Société est âgée de vingt-neuf ans, mariée depuis cinq ans, sans antécédents syphilitiques. Elle a vu, il y a trois ans, survenir au niveau des tempes une éruption qui a disparu en deux ou trois mois. L'année suivante, une nouvelle poussée, semblable à la première, s'est montrée, s'est étendue en surface, est devenue douloureuse. Cette éruption consiste en papules, bientôt transformées en vésicules remplies de sérosité et aboutissant finalement à des ulcérations que remplacent des cicatrices blanchâtres, analogues à des cicatrices varioliques. Aussi, le nom d'*acné variolique* me paraît-il légitimement appliqué à cette affection. Au début, j'avais pensé à la syphilis, mais le traitement spécifique est resté inefficace, tout comme l'usage du sublimé employé localement, à titre d'antiparasitaire. Dans l'état actuel, je demanderai à mes collègues ce qu'il y a de mieux à faire pour cette malade.

M. W. Dubreuilh. La malade que vient de nous présenter M. Troquart est un type parfaitement classique, mais particulièrement intense de l'acné pileaire de Bazin, acné varioliformis ou frontalis d'Hebra. Mais il ne faut pas le confondre avec l'acné varioliforme de Bazin qui

est tout autre chose et qui est plus habituellement désignée du nom de *molluscum contagiosum*.

Cette affection n'est pas très rare; elle est constituée par des élevures rouge foncé, infiltrées, de la grandeur moyenne d'une lentille, qui se surmontent d'une croûte jaune, molle, adhérente, enchâssée dans la peau. Quand on soulève la croûte, on trouve au-dessous une ulcération humide, mais pas de pus. Plus tard, l'élevure s'affaisse, et plus tard enfin, la croûte tombe laissant une cicatrice déprimée. Chaque lésion dure deux ou trois semaines, et la maladie évolue par poussées intermittentes qui durent chacune plusieurs semaines ou plusieurs mois.

La localisation la plus habituelle est la lisière antérieure des cheveux avec trois foyers principaux : les tempes et le milieu du front, mais l'éruption peut s'étendre sur le cuir chevelu et sur la face, surtout le nez et les oreilles. J'ai vu, chez une jeune femme, une poussée extraordinairement abondante, répandue sur toute la face, la laisser grêlée, comme l'eût fait une variole discrète. Quelquefois, l'éruption peut s'étendre sur le dos et la poitrine, ainsi qu'on le voit chez la malade de M. Troquart et les lésions y sont souvent très volumineuses.

Cette affection risque surtout d'être confondue avec la syphilis, notamment sur le tronc, où les élevures rouges du début, de même que les cicatrices consécutives, présentent une grande analogie avec des syphilides tertiaires dont elles n'ont cependant pas le groupement en cercles.

L'anatomie pathologique de cette lésion est encore assez mal connue. Je dois signaler, à ce sujet, un mémoire fort intéressant de César Boeck (de Copenhague) qui, dans un cas d'intensité tout à fait anormale, a constaté une véritable nécrose d'une portion du derme. J'ai moi-même entrepris des recherches sur ce sujet, mais elles ne sont pas encore assez avancées pour que je puisse en parler.

Au point de vue du traitement, l'emploi local du

soufre m'a toujours parfaitement réussi. Sous l'influence d'une pommade soufrée, assez forte, appliquée toutes les nuits, on voit la poussée avorter et les lésions en évolution rétrocéder très rapidement. La guérison est habituellement obtenue en une quinzaine de jours. Il peut survenir au bout de quelques mois de nouvelles poussées, qu'il est difficile d'empêcher, mais dont on pourra se rendre maître de la même façon.

**Folie consécutive à une ovarosalpingectomie double.
Présentation de malade.**

M. Régis présente une malade au sujet de laquelle il lit le travail suivant :

En France, on ne s'est guère occupé jusqu'à ce jour du traitement chirurgical de la folie et je ne crois pas, en particulier, qu'on y ait jamais pratiqué l'ablation des ovaires, chez les femmes aliénées, dans un but exclusivement thérapeutique. Il n'en est pas de même dans d'autres pays, surtout aux États-Unis, où l'oophorectomie aurait récemment pris dans les Asiles une extension considérable. En tout cas, la question de l'ablation des ovaires comme moyen curatif des psychoses est devenue chez nos confrères d'Amérique une question passionnante, presque irritante, ainsi qu'on en peut juger à la lecture du numéro de janvier 1893 de l'*American Journal of Insanity*, qui contient à cet égard une série de notes et de documents des plus suggestifs. Si je ne me trompe, la majorité des aliénistes du pays semble vouloir contester à cette opération toute influence favorable sur l'état mental, et certains même n'hésitent pas à la considérer, dans l'espèce, comme une mutilation inhumaine, inexcusable et illicite. C'est là, notamment, l'opinion de Thomas G. Morton, chirurgien de l'hôpital de Pensylvanie et président de la Commission des aliénés de Philadelphie et aussi celle de Thomas W. Barlow,

membre légal de la Commission des aliénés. Tous deux condamnent l'ovariotomie thérapeutique, chez les aliénées, comme une action injustifiable, illégale, et susceptible de faire courir des risques de poursuite criminelle à ceux qui la pratiquent en dehors des cas où la vie est en danger.

Ainsi que le fait justement remarquer l'éditeur de l'intéressante Revue américaine, il y a là à la fois une question médicale, ou de traitement, et une question légale, ou de déontologie professionnelle. Je ne dirai rien de cette dernière qui varie évidemment suivant les contrées et les milieux, et je me borne à faire observer qu'en France, où les médecins relèvent avant tout de leur conscience, si un aliéniste, après avoir pris l'avis de confrères éclairés, obtenu l'assentiment de la famille, s'être entouré en un mot de toutes les garanties désirables, se décidait à une opération chirurgicale quelconque chez un des sujets à lui confiés, il est probable que les autorités administratives ou judiciaires se garderaient d'intervenir, à moins d'abus formel. Encore est-il bon de remarquer que notre tempérament, en dépit de légendes plus ou moins justifiées, nous met en garde dans une certaine mesure contre les entraînements de la chirurgie à outrance et que, chez nous, les inspecteurs généraux n'auront jamais à faire acte d'autorité, comme en Amérique, pour interdire aux médecins d'Asiles l'abus d'expérimentations et de mutilations opératoires chez leurs malades.

Le côté important de la question, celui qui prime tous les autres en réalité est le côté médical, c'est à dire le point de savoir quel peut être, dans un cas déterminé, l'effet de l'ablation des ovaires et des trompes sur l'état mental d'une femme aliénée. Ici, les faits peuvent seuls répondre. Or, à l'heure actuelle, ces faits ne sont ni assez nombreux ni assez probants

pour qu'il soit permis d'en dégager une conclusion quelconque et nous nous trouvons provisoirement en présence de deux opinions absolument contradictoires : 1° d'une part celle du Dr Alice Bennett, chargée du département des femmes de l'Asile de Norristown qui, sur six cas récents d'ablation des annexes par section abdominale, aurait obtenu : dans trois cas, la guérison physique et mentale ; dans un cas, la guérison physique et une amélioration mentale très marquée avec probabilité de guérison ; dans un cas d'épilepsie d'origine puerpérale, l'amélioration des accidents convulsifs sans amélioration mentale correspondante ; dans un cas enfin, la mort, survenue par péritonite six jours après l'opération ; 2° d'autre part, l'opinion du Dr Thomas G. Morton qui soutient, non seulement que l'oophorectomie est incapable d'avoir un effet salubre sur un trouble mental préexistant, mais encore qu'elle peut chez des personnes saines jusqu'alors déterminer l'éclosion de diverses névroses et même de la folie. Il existe en effet déjà d'assez nombreux cas de ce genre cités par les gynécologistes (1). Je rappelle également à ce propos que, dans la séance du 18 novembre 1892 de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, M. le professeur Debove a rapporté un cas d'hystérie développée chez une femme ovariectomisée et que, dans la discussion qui suivit, M. Desnos déclara à son tour avoir observé deux fois l'aliénation mentale à la suite d'ovariectomies. Il s'ensuivrait donc que l'ablation chirurgicale des annexes chez les femmes serait une arme à deux tranchants, dispensant suivant les cas le bien ou le mal, rendant aux unes la raison et provoquant chez les autres la folie.

Je n'ai jamais, pour ma part, fait ou vu pratiquer l'ovariectomie chez les aliénées dans un but de théra-

(1) Vène. *Étude sur les délires post-opératoires*, th. de Paris, 1891.

peutique mentale ou simplement chirurgicale et je ne connais rien, par conséquent, des résultats possibles de cette opération sur la marche de la folie. En revanche, je dois à l'obligeance de mon distingué confrère et ami, le Dr Loumeau, d'avoir pu observer, dans ces derniers temps, un cas très intéressant de psychose survenue à la suite de l'ablation des ovaires et des trompes.

Bien que la malade dont il s'agit soit encore en cours d'observation et de traitement, j'ai cru pouvoir d'ores et déjà vous la présenter et vous résumer son histoire, telle que, le temps pressant, j'ai dû l'adresser à nos confrères d'Amérique en vue de la discussion qui doit avoir lieu dans quelques jours à ce sujet, au Congrès international de médecine de Chicago.

OBSERVATION.

M^{me} X..., israélite, mariée, est âgée de trente-cinq ans. C'est une personne d'intelligence moyenne, mais d'un grand bon sens, peu développée physiquement et qui compte, dans une collatéralité assez éloignée, deux précédents d'aliénation mentale. Son père lui-même serait mort de chagrin à soixante-huit ans, à la suite de la perte accidentelle d'un de ses fils. Enfin une de ses sœurs serait morte à trente-huit ans, d'une affection cancéreuse de la matrice. En ce qui la concerne, elle n'a jamais eu de grave maladie et ne présente aucune trace d'alcoolisme ou de syphilis. Mariée il y a quinze ans, elle a fait d'abord trois fausses couches et a eu finalement deux enfants, tous deux vivants et bien portants.

C'est à la suite d'une fausse couche, survenue il y a neuf ans, qu'elle a commencé d'éprouver des troubles morbides du côté des organes génitaux. Ici, je laisse la parole au Dr Loumeau dont je copie textuellement en ce qui concerne la question chirurgicale l'intéressante observation :

« La malade a présenté, depuis cette époque, de la

dysménorrhée, des douleurs abdominales, des péritonites multiples et elle a été soignée, à différentes reprises, par la cautérisation du col utérin. Je la vois pour la première fois en avril 1890. Elle est incapable de marcher et même de se tenir debout. Son ventre est volumineux, empâté, douloureux. Au toucher vaginal, on constate un empâtement péri-utérin chaud, sensible à la pression. Au toucher rectal, on trouve une tumeur rétro-utérine bombant dans le rectum, dont elle oblitère parfois complètement la lumière, douloureuse, pulsatile et fluctuante, surtout aux époques menstruelles, déterminant des épreintes rectales et un écoulement glairo-sanguinolent par l'anus.

» Pendant trente mois, décubitus horizontal absolu, injections vaginales très chaudes, pansements vaginaux, bains fréquents, vésicatoires répétés sur le ventre, mais impossibilité constante d'instituer un traitement intra-utérin à cause d'une rétroflexion irréductible. En octobre 1892, ventre plat et souple partout, sauf au-dessus du pubis et dans la région iliaque, où persiste un empâtement douloureux. La malade, intelligente, confiante et docile, accepte avec joie l'opération que je lui propose comme devant la guérir.

» *Opération.* — Laparotomie pratiquée le 20 octobre 1892, avec le concours de MM. Monod, chirurgien des hôpitaux, et Duclos, externe des hôpitaux. Cathétérisme préalable de la vessie d'où sort une trentaine de grammes d'urine limpide. Incision médiane de la paroi de quatre travers de doigt; adhérences péritonéales unissant la paroi abdominale à l'utérus et formant une gangue épaisse, qu'il faut disséquer et réséquer pour pouvoir ramener en avant le fond de l'utérus et les annexes. Ablation totale des ovaires et des trompes; hystéropexie antérieure par le procédé de Léopold. Suture de la paroi, pansement. Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde de verre après la fermeture du ventre, donne seulement issue à quelques gouttes de sang, ce qui fait croire à une lésion de la vessie qui a passé inaperçue pendant l'opération. Réouverture immédiate du ventre. Je cons-

tate que la vessie a été réséquée d'un large lambeau correspondant à la portion libre du réservoir vésical. Reste seule la portion adhérente à l'utérus et au vagin. Impossibilité de reconstituer par des sutures une cavité vésicale suffisante. Je suture le péritoine au-dessus de ce qui reste de vessie, de manière à fermer entièrement par en haut la cavité péritonéale et à former au-dessous de cette cavité une loge, close de tous côtés, où je marsupialise le moignon vésical à la paroi abdominale. Puis j'installe les tubes de Périer-Guyon, comme après une taille hypogastrique classique. Durée totale de l'opération une heure et demie. Dose de chloroforme absorbée : 100 grammes.

» *Examen des annexes enlevées.* — Les trompes et les ovaires sont augmentés de volume, congestionnés, mais n'offrent ni kyste, ni abcès, ni épanchement sanguin. A la coupe, on trouve sur le tissu ovarien de petits points blanchâtres qui rappellent l'aspect des tubercules.

» L'examen histologique confié au professeur d'anatomie pathologique de la Faculté, n'a pu encore être pratiqué.

» *Suites opératoires.* — Très simples. La température n'a jamais dépassé 37°5. Toutes les sutures sont enlevées le 3 novembre ainsi que les tubes hypogastriques et je place une sonde de Malécot à demeure dans l'urètre et la vessie. Le 15 décembre, la cicatrisation est complète au-dessus du pubis. La miction se fait normalement par l'urètre, mais pas plus souvent, dit la malade, qu'avant l'opération, car depuis bien longtemps, ajoute-t-elle, elle était obligée d'uriner à tout instant, et ne rendait chaque fois que quelques gouttes, fait sur lequel elle n'avait d'ailleurs jamais attiré mon attention. Cette fréquence pré-opératoire de la miction s'explique aisément par la diminution de la capacité vésicale, diminution due aux adhérences qui avaient étalé et renversé la vessie contre la paroi abdominale et la face antérieure de l'utérus.

» Depuis l'opération, les règles n'ont jamais reparu et la matrice a conservé l'attitude normale assurée par

l'hystéropexie. Plus de désirs sexuels, frigidité absolue. Ventre mou et indolent. La malade marche toute la journée sans éprouver la moindre fatigue. Actuellement, 27 mai 1893, la miction a lieu en moyenne toutes les trois heures; la vessie peut tolérer 360 grammes de liquide, ce qui paraît invraisemblable étant donné le peu d'étoffe qui a servi à reconstituer le réservoir vésical. »

Tel est, au point de vue chirurgical, le résumé de l'observation que M. Loumeau se propose de publier à part et d'une façon tout à fait détaillée, en raison des nombreux points d'intérêt qu'elle présente. Abordons-en maintenant le côté mental.

Le 28 octobre 1892, huit jours après l'opération, M^{me} X... qui n'avait rien offert d'anormal jusque-là, fut prise assez brusquement de troubles psychiques qui, tout d'abord, se présentèrent avec les allures d'un délire toxique, caractérisé par des hallucinations de la vue de nature terrifiante. Elle voyait Béhanzin dans son lit, apercevait des têtes de mort, des fantômes et croyait que diverses personnes, notamment les médecins qui l'avaient assistée, étaient cachés derrière les rideaux ou dans la cheminée. Au bout de quelques jours, ces phénomènes disparurent, mais le trouble mental se modifia en s'accroissant et la malade est tombée ainsi progressivement dans une sorte de confusion d'esprit avec torpeur intellectuelle et physique, idées mélancoliques et hallucinations. Elle s'imagine qu'elle a de mauvaises idées, qu'elle pense et dit du mal de tout le monde sans le vouloir et malgré tous ses efforts pour s'en empêcher. Pense-t-elle à une personne, parle-t-on devant elle d'une connaissance ou d'un ami, ou simplement aperçoit-elle quelqu'un, même pour la première fois, aussitôt une suggestion malveillante à son égard surgit dans son esprit. De même, si on lui adresse la parole ou si on parle en sa présence, certains mots prononcés se fixent en elle, y font écho et déterminent contre son gré un

courant automatique de réflexions de même nature. Cela la désole au plus haut point et d'autant plus qu'elle proteste avoir toujours été une honnête femme, incapable de la moindre médisance et de la moindre mauvaise action. Sous l'influence de son chagrin de se voir ainsi le jouet d'idées répréhensibles contre lesquelles elle lutte vainement, elle a cessé toute occupation, a perdu le sommeil, l'appétit et a presque, à un moment, désiré mourir; en un mot, elle est tombée dans un état de véritable mélancolie, conservant néanmoins toujours un certain degré de conscience et de lucidité. Parfois elle est excitée, ne tient pas en place, se met en colère, invective et frappe ses enfants ou, s'injuriant elle-même, elle s'écrie en se frappant la tête : « Que dis-tu ? Quelle est ta pensée ? C'est affreux ! » D'autres fois, elle reste de longues heures inerte et passive sur sa chaise, comme absorbée dans sa méditation.

Cet état mental s'aggrave peu à peu et lorsque je vois pour la première fois la malade, le 14 mars 1893, je la trouve distraite, à demi-hébétée, répondant à peine, comme étrangère aux choses ambiantes et uniquement préoccupée des agitations de sa pensée. En l'examinant avec soin, je constate qu'elle ne prononce pas réellement, comme elle le croit, de paroles compromettantes, mais qu'elle les formule intérieurement, en un langage purement mental. Il s'agit là, chez elle, du premier degré de ces hallucinations psycho-motrices verbales, si bien mises en lumière par M. Séglas et sur lesquelles j'ai déjà appelé ici l'attention dans un travail récent. Lorsqu'en effet il lui vient à l'idée quelque'une de ces suggestions malveillantes ou injurieuses qu'elle se reproche, la stimulation du centre cortical moteur du langage qui l'accompagne est telle que cette suggestion tend spontanément à se traduire sous forme articulée, c'est à dire en une hallucination orale; mais l'articulation ne dépasse pas ici le premier degré, à savoir la formulation purement intérieure, tandis que, dans bien des cas, elle va, comme on sait, jusqu'à la reproduction extérieure mais muette des mouvements de la parole et

parfois même jusqu'à la prononciation à haute voix (impulsion verbale). La malade a en même temps quelques hallucinations psycho-sensorielles auditives. Elle entend des chuchotements, venant soit de l'étage au-dessus, soit du dehors; mais ces voix, confuses et difficilement appréciables, sont bien loin d'avoir pour elle l'importance des voix intérieures, des hallucinations psycho-motrices. Celles-ci représentent véritablement l'élément prédominant de sa folie, l'objet de ses constantes préoccupations, et elles l'entretiennent dans un état permanent de tristesse, de distraction et de frayeur. A certains moments même, elle va, comme nous l'avons vu, jusqu'à se frapper la tête pour s'empêcher de mal penser et il lui arrive d'arrêter sa respiration en gonflant son ventre et en fermant ses lèvres avec effort pour étouffer cette sorte d'écho mental intérieur qui lui est si pénible. Elle mange avec difficulté et fait des scènes pour se mettre à table; elle est constipée et ne dort pas.

C'est dans cet état que M^{me} X... se présenta à mon observation. Si son trouble intellectuel offrait par lui-même quelque intérêt, il en présentait un bien plus grand encore par le fait de son origine. Tout en reconnaissant en effet la large part qui revient ici à l'hérédité comme cause prédisposante, il est évident que le motif véritablement occasionnel, déterminant de la maladie a été l'opération chirurgicale, agissant par l'action complexe du traumatisme physico-moral, de l'agent anesthésique, et principalement peut-être par les modifications biologiques apportées dans l'économie par la suppression d'organes aussi importants que les ovaires, ainsi que cela a lieu, on le sait, à la suite de l'ablation du corps thyroïde. Aussi, M. Loumeau et moi pensâmes-nous qu'il n'y avait aucun inconvénient et qu'il pouvait même y avoir avantage à essayer chez la malade des injections sous-cutanées de suc ovarien, comme on a fait nombre de fois déjà et avec succès des injections de suc thyroïdien dans le myxœdème, spontané ou opératoire. Pour réaliser ce mode de traitement avec toutes les garanties désirables, nous eûmes recours à l'obligeance

de M. le Dr Ferré, professeur de médecine expérimentale à la Faculté, qui voulut bien se charger de préparer lui-même le liquide ovarien avec le filtre à pression carbonique de d'Arsonval et de pratiquer les injections dans les conditions d'asepsie les plus rigoureuses.

Les injections, commencées le 5 avril, ont été continuées journellement et pour ainsi dire sans interruption jusqu'à aujourd'hui. Faites dans la région du dos, à des doses variant entre un demi-centimètre cube et deux centimètres cubes et demi de solution au $\frac{1}{10}$, elles n'ont jamais été suivies de phénomènes douloureux, d'accidents locaux, ni de réaction générale fâcheuse. Voici, du reste, à peu près textuelle, la note détaillée que mon excellent ami le professeur Ferré a bien voulu me communiquer et qu'il a rédigée au jour le jour :

« Le 5 avril 1893, injection dans la région intra-scapulaire d'un demi-centimètre cube de liquide ovarien de truie au $\frac{1}{10}$, préparé strictement d'après les indications de Brown-Séquard et d'Arsonval, filtré sous pression d'acide carbonique à 56 atmosphères.

Le 6 avril : injection de trois quarts de centimètre cube.

Le 7 avril : injection d'un centimètre cube. Aucun accident, ni fièvre, ni céphalalgie, ni douleur de la région ovarienne.

Le 8 avril : injection d'un centimètre cube. La malade commence à s'intéresser à ses affaires. Moins de brusquerie et d'accès de colère. Moins de tristesse. Elle s'occupe de ses enfants. Les idées obsédantes restent les mêmes.

Le 9 avril : pas d'injection.

Le 10 avril : un centimètre cube. La malade s'occupe davantage. Ses obsessions paraissent un peu moins intenses : elle en convient elle-même.

Les 11, 12 avril : un centimètre cube. M^{me} X..., qui est professeur de piano, a repris ses leçons et s'y intéresse. Pendant qu'elle les donne, elle n'est plus absorbée par ses préoccupations délirantes. Plus de colères. Elle propose à sa fille de lui donner une leçon de piano, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps. Elle se met à

table volontiers et y cause. Elle donne dans son ménage des ordres sensés. Les idées délirantes persistent toujours.

Les 13, 14, 15 avril : un centimètre cube. Même état.

Les 16, 17 avril : pas d'injection.

Le 18 : injection d'un centimètre cube. Malgré l'absence d'injection des jours précédents, l'amélioration se maintient.

Les 19, 20 avril, jusqu'au 3 mai : injection d'un centimètre cube de liquide chaque jour. L'état physique, l'humeur et les dispositions générales continuent à se modifier en mieux.

Le 3 mai, la malade a été plus excitée. On lui fait une injection d'un centimètre cube et demi de liquide.

Les 4, 5 et 6 mai : deux centimètres cubes. L'excitation s'atténue.

Les 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 mai : l'injection est poussée à deux centimètres cubes et demi. L'amélioration obtenue persiste en s'accroissant sur tous les points, sauf en ce qui concerne les hallucinations psycho-motrices, qui ne paraissent diminuer que légèrement d'intensité. Une crise d'excitation s'étant même produite le 18, sous leur influence, nous revenons le 20 à l'injection d'un centimètre cube et demi.

Les 21, 22 : pas d'injection.

Le 23 : injection d'un centimètre cube et demi. Les journées des 20, 21, 22 n'ont pas été aussi bonnes et la malade a paru, pendant ce temps, plus tourmentée.

Le 24 : injection d'un centimètre cube et demi. Le calme est plus grand.

Les 25, 26, 27 mai : injection d'un centimètre cube et demi de liquide. L'amélioration persiste et s'accroît.

En résumé, sous l'influence du traitement, l'état d'excitabilité diurne de la malade s'est en grande partie calmé. Elle a repris avec goût ses occupations professionnelles, elle vaque aux soins de son ménage, elle s'intéresse à sa famille, ses forces paraissent avoir augmenté; seules, ses obsessions et ses hallucinations, quoique diminuées en intensité et en fréquence, sont encore très marquées.

Mes observations personnelles sur l'évolution de l'état mental de M^{me} X..., que j'ai régulièrement suivie pendant toute la durée du traitement, concordent avec celles du professeur Ferré. Il est certain qu'une amélioration très notable s'est produite et que cette amélioration, qui porte sur l'ensemble des fonctions nerveuses et organiques, s'étend également aux facultés intellectuelles et affectives qui, autrefois annihilées pour ainsi dire, s'exercent aujourd'hui d'une façon normale, correcte et régulière. Les obsessions et les hallucinations elles-mêmes ont un caractère moins fixe et moins absorbant, ce que la malade traduit en disant « qu'elle a plus de raison » et « qu'elle parvient maintenant à penser à autre chose ». Son mari et sa bonne la trouvent également bien mieux. Auparavant, disent-ils, c'était à ne pas y habiter, tellement elle était insupportable. Elle courait d'une chambre à l'autre, surexcitée, criant : « Mon Dieu ! mon Dieu ! », se mettait en colère, battait ses enfants, faisait des scènes dans la rue. Maintenant, elle est calme, elle mange bien, elle s'occupe, donne ses leçons sans être distraite, manifeste de l'affection pour les siens ; en un mot, elle est beaucoup plus paisible et beaucoup plus raisonnable, et a même eu la semaine dernière, mercredi et jeudi, deux journées excellentes. Néanmoins, elle est toujours très tourmentée « de penser et de parler mal », et ne sachant d'où cela peut provenir, elle s'en prend à sa bonne et à ses voisins, qu'elle invective par instants d'une façon assez grossière. C'est là le point noir de l'observation, car la persistance à ce degré de tels symptômes morbides ne permet pas, malgré l'amélioration obtenue de toutes parts ailleurs, d'affirmer encore aujourd'hui la possibilité d'un rétablissement complet. La malade sera suivie d'ailleurs jusqu'à évolution définitive de son accès.

En résumé, et quelle que puisse être l'issue finale de l'état actuel, le cas n'en offre pas moins, au point de vue mental, plusieurs particularités dignes d'attention, dont les principales sont :

1° L'apparition de la folie, chez une prédisposée, à la suite et à l'occasion de l'ablation chirurgicale des ovaires et des trompes;

2° La nature du traitement employé qui a consisté à peu près exclusivement en injections quotidiennes de suc ovarien, à la dose d'un demi-centimètre cube à deux centimètres cubes et demi de solution au $\frac{1}{10}$, et qui, absolument inoffensif malgré sa durée, a déterminé physiquement et psychiquement des résultats relativement très favorables.

La séance est levée.

SÉANCE DU 9 JUIN 1893

PRÉSIDENCE DE M. CHABRELY

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président est heureux d'annoncer à la Société que M. Régis est chargé du Cours des Maladies mentales à la Faculté de Médecine et se fait l'interprète de tous en félicitant notre savant collègue de la distinction méritée dont il vient d'être l'objet.

Hémorragie ombilicale guérie par la ligature en masse du cordon. — Présentation de malade.

M. Roccax, interne des hôpitaux. J'ai l'honneur de présenter à la Société de Médecine et de Chirurgie un enfant qui fut atteint d'hémorragie ombilicale et guérit par la ligature en masse.

Cet enfant est issu d'un père en bonne santé et d'une mère très anémique dès son enfance; on ne relève chez les parents ni tare syphilitique ni tendance à l'hémophilie; c'est à peine si la mère a eu de temps à autre

quelques légères épistaxis. L'enfant est né à terme; la chute du cordon a eu lieu quatre jours après la naissance et, cinq jours plus tard, la cicatrice ombilicale donna lieu à un suintement sanguin abondant. Un médecin, appelé, fit inutilement de la compression et le petit malade fut apporté à l'hôpital des Enfants déjà très affaibli. Là, M. Venot, interne des hôpitaux, et moi, fîmes trois points de suture au catgut, à l'aide de l'aiguille de Reverdin, dirigés de haut en bas, en passant au-dessous de la plaie ombilicale très déprimée; puis, tirant sur les fils, de manière à faire saillir la cicatrice, nous avons jeté au-dessous un catgut pour faire la ligature en masse. Les suites opératoires furent des plus simples. L'enfant ne tarda pas à éliminer les tissus placés au-dessus de la ligature et guérit sans présenter d'autre hémorragie.

M. Vergely. Il y a deux sortes d'hémorragies ombilicales susceptibles d'atteindre les jeunes enfants. L'une se fait à un moment très rapproché de la naissance et présente un caractère de haute gravité; l'autre a lieu seulement après la chute du cordon, comme dans l'observation qui vient de nous être présentée.

C'est à la première variété que se rapportent les faits personnels que je désire rappeler. Une jeune femme, blonde, lymphatique, mariée à son cousin germain, accouchait normalement d'un premier enfant qui, malgré une double ligature du cordon, fut pris d'une hémorragie extrêmement abondante, dont le point de départ était au-dessous de la ligature. Malgré tous les moyens employés, ligatures, suture, cautérisations, compression directe et avec du collodion, etc., l'enfant succomba entre nos mains. La même jeune femme eut un second enfant dont le cordon fut noué avec les précautions les plus minutieuses. Une hémorragie ombilicale se produisit, comme chez le premier enfant, et détermina rapidement la mort, en dépit de toutes les tentatives hémostatiques pratiquées. Un troisième enfant, venu au monde dans les mêmes conditions que les deux premiers, mais sans qu'aucun soin plus particulier

ait été pris dans la ligature du cordon, n'eut pas d'hémorragie et vit en bonne santé.

Comme antécédents, je n'ai pu retrouver aucune tare, syphilitique ou autre. La seule particularité à signaler est qu'il s'agissait d'un mariage entre cousins germains. En pareil cas, l'on a signalé des faits de même ordre rattachés à la consanguinité, tels que des hémorragies du fond de l'œil.

M. Roccaz. Je n'ai trouvé rien de semblable dans les antécédents héréditaires de cet enfant.

Guérison parfaite d'un mal de Bright.

M. Davezac. Je tiens à communiquer le cas peu commun d'un malade atteint de néphrite épithéliale chronique que j'ai guéri par le régime lacté.

C'est un homme de quarante-deux ans, peu fortuné, malade depuis bientôt quatre ans et présentant de l'albuminurie, de l'œdème blanc généralisé caractéristique, de l'ascite et un épanchement pleurétique gauche. Six ponctions évacuèrent entièrement la plèvre et une l'abdomen. Le régime lacté, à raison de trois litres de lait par jour, suivi d'une manière persévérante, amena la guérison qui, depuis plusieurs mois, ne s'est pas démentie. L'enflure a disparu, les cavités séreuses sont asséchées, l'urine, qui jadis coagulait en masse sous une goutte d'acide nitrique, ne renferme plus aujourd'hui la moindre trace d'albumine.

C'est là un exemple bien fait pour encourager le praticien mis en présence de ces cas désespérants si fréquemment observés. Il montre qu'avec de la persévérance le lait peut guérir, guérir complètement la maladie de Bright, à condition que les complications soient traitées par les moyens indiqués.

Du traitement du trachome et du lupus de la paupière par le tatouage médicamenteux.

M. Armaignac lit le travail suivant :

Jusqu'à ces dernières années, le trachome faisait le

désespoir des malades et des médecins. Malgré les soins les plus attentifs et les plus assidus, on voyait quelquefois, pendant plusieurs années, de malheureux malades à demi aveugles, les paupières tombantes, la cornée couverte de pannus épais ou de larges leucomes revenir avec une constance admirable une ou deux fois par semaine à la Clinique se faire passer sur la conjonctive la *pierre bleue* ou se faire faire des badigeonnages de diverse nature.

Si le traitement était commencé assez tôt, on arrêtait souvent le mal, on prévenait les complications, on guérissait même quelquefois les granulations, mais souvent aussi le mal résistait à tout et, s'il ne s'aggravait pas, il restait stationnaire tout au moins.

Le jequirity fit alors son apparition et, comme pour tous les remèdes nouveaux, énergiques et exotiques, cette apparition fut bruyante et souleva immédiatement des polémiques ardentes entre les partisans à outrance du nouveau remède et ses détracteurs systématiques, qui le jugeaient souvent sans l'avoir employé d'une façon méthodique et prudente.

Dans cette lutte, toutefois, la plante brésilienne ne fit pas comme tant d'autres qui disparaissent pour toujours après le combat, car, si elle cessa d'être employée sur une aussi vaste échelle qu'au début, elle n'en garda pas moins à son actif un nombre considérable de guérisons radicales et définitives que ses principaux parrains, M. de Wecker, en France, et M. Copez, en Belgique, ont proclamées à diverses reprises. Pour ma part, je lui dois de magnifiques succès.

Le jequirity guérissait souvent, vite et bien, mais on voulut faire mieux encore et, il y a environ trois ans, apparut une nouvelle méthode de traitement qui, avec quelques variantes, fut appliquée pour ainsi dire simultanément par Hernheiser à Prague, Manolescu à Bucharest, Costomiris à Athènes; puis le procédé

vint à Paris où, un des premiers, M. Darier l'employa à la Clinique de M. Abadie.

Ce procédé, un peu renouvelé des Grecs et des Romains, mais considérablement amélioré et perfectionné, consiste, vous le savez, dans une dilacération du tissu granuleux ou des granulations suivie d'un badigeonnage de la surface cruentée avec une solution antiseptique plus ou moins forte.

A la Clinique de Prague, on retournait la paupière, puis, avec une aiguille à cataracte, ou ouvrait les granulations une par une; ensuite, au moyen d'une curette tranchante, on raclait le tissu morbide. En dernier lieu, on lavait la surface de la conjonctive avec une solution de sublimé à 1 ‰.

Cette méthode, il faut bien le dire, n'avait rien de nouveau, bien que M. Darier en parle comme d'une nouveauté dans son travail intitulé : « Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse », publié dans les *Annales d'Oculistique* en juin 1891. En effet, il y avait déjà de longues années que j'avais recours moi-même à ce traitement, que je signalais de la façon suivante dans un article sur la conjonctivite granuleuse publié par moi dans les numéros de juillet et août 1887 de la *Revue clinique d'Oculistique*.

Je disais, page 171 : « Il faut détruire le néoplasme. Si les granulations sont situées sur la muqueuse mobile, on les soulève avec des pinces et on en fait l'excision d'un coup de ciseaux, en ayant soin de comprendre dans l'excision une petite portion des parties environnantes. On peut même, pour plus de sécurité, cautériser la petite plaie avec la pointe du crayon de nitrate d'argent ou avec un petit pinceau imbibé d'une solution de ce sel à 10 ‰ ou d'une solution de sublimé à 1 pour 100 ou pour 200.

» Si les granulations sont situées sur la muqueuse tarsale, il sera impossible de les exciser; dans ce cas,

on pourra les ouvrir l'une après l'autre, avec une forte aiguille lancéolaire, en évacuer le contenu avec la petite gouge à corps étrangers de Meyer et toucher ensuite l'intérieur de la petite cavité avec les liquides dont j'ai parlé tout à l'heure; ou l'extrémité rougie d'un fil de galvanocautère. »

N'allez pas croire, d'après cette citation *pro domo*, que j'aie inventé soit l'ablation, soit le curettage des granulations; tout cela a été fait de tout temps, je crois, depuis l'antiquité la plus reculée jusqu'à nos jours. La seule addition nouvelle, peut-être, mais elle a, il est vrai, une grande importance, c'est la cautérisation ou la désinfection méthodique du sol granuleux qui empêche la récurrence de survenir en détruisant les germes infectieux qui ont pu rester dans l'épaisseur de la conjonctive ou du tarse.

Manolescu (de Bucharest) a commencé, en 1888, à *brosser* les granulations avec une simple brosse à dents à soies raides et courtes. Il badigeonnait ensuite la surface cruentée avec une solution d'acide phénique dans l'alcool au $\frac{1}{16}$; cette solution restait quelques secondes à peine en contact avec la conjonctive, car il l'enlevait presque immédiatement par un lavage avec une solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$. Il introduisait ensuite sous la paupière une pommade à l'iodoforme à 10 %.

Comme variante au procédé de Manolescu, qu'il accuse de ne pas respecter assez la conjonctive, M. Darier fait précéder le brossage de nombreuses scarifications pratiquées au moyen d'un bistouri à trois lames parallèles; il supprime la solution d'alcool phéniqué et la remplace par une solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$. J'avoue ne pas bien comprendre comment notre distingué confrère respecte davantage la conjonctive en la scarifiant en tous sens avant de la brosser.

Mais on ne s'en est pas tenu là; la scarification a

été remplacée par d'autres manœuvres chirurgicales, et c'est ainsi, par exemple, qu'un de nos collègues, M. le Dr Lagrange, a eu recours au *hersage* pratiqué au moyen d'une sorte de lime convexe à dents aiguës qu'il promène sur la conjonctive granuleuse avant de la laver avec le sublimé. Le procédé du *hersage*, dont je ne saurais nier la valeur, me paraît être toutefois une simple modification du *scardassamento* ou cardage, que pratiquait déjà Borelli (de Turin), en 1859, au moyen d'une petite râpe à dents pointues (*Giornale d'Oftalmologia Italiano*, janvier-février 1859).

Vous savez tous que les anciens oculistes grecs et romains traitaient les granulations par des moyens à la fois mécaniques et médicamenteux et qu'avant d'introduire leurs onguents sous la paupière, ils avaient soin de détruire les saillies (*aspritudines*) de la muqueuse en frottant cette dernière avec du drap, de la pierre ponce ou tout autre corps rugueux. Eh bien ! c'est ce procédé qu'emploie ou qu'employait encore, il y a quelques années, M. Costomyris (d'Athènes). Après avoir retourné la paupière, il frottait vivement les granulations avec la pulpe du doigt recouverte d'acide borique en poudre, de façon à détruire par frottement toutes les granulations saillantes.

Maintenant que je vous ai énuméré les divers procédés de destruction mécanique des granulations combinée avec l'usage des parasitocides, je vous dirai que je les ai tous employés ; que tous m'ont donné des succès plus ou moins complets, plus ou moins durables. Même sur un malade atteint, depuis plusieurs années, aux deux yeux, de conjonctivite granuleuse avec pannus consécutif et abcès de la cornée fréquents, déjà traité sans succès par plusieurs confrères qui n'avaient employé, chez lui, que les anciennes méthodes, j'ai eu recours, à droite, au brossage suivi de lavage avec la solution de sublimé au $\frac{1}{100}$; et à gauche,

au brossage avec cautérisation immédiate, au moyen d'une solution d'acide phénique dans l'alcool à 10 %, selon la méthode de Manolescu. J'ai introduit ensuite sous la paupière supérieure de la pommade à l'iodoforme. Des deux côtés, l'amélioration a été rapide, mais tandis que la réaction inflammatoire consécutive à l'opération était presque insignifiante à droite, elle était très intense à gauche, où j'ai craint pendant quelques jours qu'il se produisît un symblépharon.

Il n'en a été rien cependant et, au bout d'un mois, conjonctivite et granulations avaient disparu. A droite, au contraire, il restait encore, çà et là, quelques granulations isolées que j'ai dû brosser un grand nombre de fois, pendant trois ou quatre mois, avant de les voir disparaître définitivement. Quelques récidives se sont également produites à gauche, mais le brossage simple ou combiné avec le grattage des granulations en a eu facilement raison. Depuis un an, le malade n'a plus fait aucun traitement; les cornées se sont à peu près complètement éclaircies, l'acuité visuelle est redevenue à peu près normale, et cet homme, qui à un moment donné ne voyait plus suffisamment pour se conduire dans la rue, peut aujourd'hui exécuter les travaux les plus fins de son métier de lithographe.

Quelle que fût la forme de la conjonctivite, qu'elle fût localisée ou généralisée, que le trachome fût ancien ou récent, je n'ai jamais pu obtenir de guérison avec un seul brossage, ni avec deux ni avec trois; j'ai toujours dû en pratiquer un assez grand nombre, même en les faisant précéder de scarifications ou de grattages. En instillant au préalable quelques gouttes de solution de cocaïne au $\frac{1}{10}$ entre les paupières, j'ai toujours pu, chez l'adulte, me passer de chloroforme; je dois convenir, toutefois, que l'opération est assez douloureuse.

La méthode de brossage avec lavage consécutif au sublimé au $\frac{1}{10}$, est infiniment supérieure à toutes les méthodes anciennes soi-disant classiques; elle ne peut être comparée qu'avec les lotions de jequirity ou les badigeonnages avec l'alcool à 45° que j'ai fait connaître en 1881 et dont je me suis admirablement trouvé à l'époque. Je me demande même aujourd'hui pourquoi je n'ai pas continué à m'en servir.

En médecine comme en chirurgie, nous sommes tous poussés par le désir, très légitime sans doute, de faire mieux que nos devanciers; nous ne sommes jamais satisfaits des procédés opératoires ou des médicaments connus et nous passons notre vie à en inventer de nouveaux, quitte à revenir aux anciens lorsque les nouveaux ne guérissent plus.

Aussi bien, je n'ai pu me soustraire moi-même à cette espèce d'impulsion et, après avoir eu recours comme tout le monde à la nouvelle méthode de traitement des granulations, j'ai eu l'idée d'appliquer au *trachome* un procédé qui m'avait parfaitement réussi, il y a dix-huit mois, dans un cas de *lupus primitif* de la *conjonctive* et auquel j'ai donné le nom de *tatouage médicamenteux*.

Ce procédé consiste tout simplement à tatouer profondément les tissus morbides au moyen du faisceau d'aiguilles qui sert pour le tatouage de la cornée. On remplace seulement l'encre de Chine par une solution microbicide puissante. Jusqu'à présent, je ne me suis servi que de la solution de sublimé au $\frac{1}{10}$, mais j'ai fait des lavages consécutifs et plus ou moins répétés, soit avec cette même solution, soit avec du pétrole brut, dans lequel j'avais incorporé diverses essences de menthe, de cannelle, d'anis, de girofle, dans la proportion de 1 %. Je dois même ajouter en passant, que ce même médicament me rend tous les jours de grands services dans certaines formes de conjonctivite.

chronique rebelles à tous les autres traitements ordinairement employés.

Je rapporterai plus tard *in extenso* l'observation complète et fort intéressante du cas de lupus de la conjonctive qui m'a donné l'idée du tatouage médicamenteux; pour le moment, je me bornerai à dire que lorsque j'ai vu le malade pour la première fois, l'ulcération lupique avait déjà produit une profonde encoche à la paupière supérieure et plusieurs plaques disséminées sur la conjonctive des deux paupières me faisaient redouter une destruction à bref délai des deux voiles membraneux. Plusieurs d'entre vous certainement se rappelleront ce malade que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de Médecine dans une des séances de l'année 1891.

Pendant les mois de juin et juillet 1891, je me contentai de badigeonner moi-même une fois par semaine les ulcérations de la conjonctive avec une solution de nitrate d'argent à 2 %, mais le malade les badigeonnait lui-même matin et soir avec une solution saturée de chlorate de potasse.

Dès les premiers pansements, le mal s'arrêta, mais la cicatrisation ne se produisit pas. Au commencement du mois d'août, je fis le tatouage de toutes les plaques ulcérées avec la solution de bichlorure au $\frac{1}{100}$ et le brossage consécutif avec la même solution afin de mieux infiltrer cette dernière dans les tissus. Au bout d'un mois, toutes les ulcérations étaient cicatrisées et les deux plaques d'apparence amyloïde, qui se trouvaient sur la face conjonctivale de la paupière inférieure, avaient disparu.

Au mois d'octobre, une nouvelle plaque, analogue aux précédentes, se montra sur la muqueuse palpébrale à la partie interne de la paupière supérieure. Je la tatouai profondément et, un mois après, elle avait disparu.

Au mois de décembre, il se développa dans le grand angle de l'œil, au-dessus de la caroncule, une petite tumeur rouge, de la grosseur d'un gros pois présentant sur toute sa longueur une rhagade profonde, grisâtre et sanieuse. Je la raclai avec la curette fenêtrée qui sert pour le chalazion et je la tatouai deux fois, à un mois d'intervalle, avec la solution de bichlorure. Tumeur et ulcération ne tardèrent pas à disparaître.

Pendant dix mois, le malade a pu être considéré comme guéri et a cessé de venir me voir; mais, au mois d'avril dernier, une plaque d'aspect velvétique, située à la partie externe de la muqueuse de la paupière supérieure, et qui n'avait jamais été recouverte de conjonctive, a commencé à s'ulcérer et à bourgeonner. Deux ou trois tatouages avec le bichlorure ont arrêté pour ainsi dire instantanément le mal qui paraît guéri actuellement. Pour être complet et sincère, je dois ajouter que, dans ces derniers temps, j'ai cautérisé deux fois la susdite plaque avec le galvanocautère, mais elle était à ce moment presque guérie.

Il est évident que si le malade avait été à ma portée, je l'aurais tatoué bien plus souvent et dès lors la guérison n'aurait pas été si lente, en même temps que les récidives ne se fussent probablement pas produites; mais cet homme habite loin de Bordeaux et sa position ne lui permet pas de faire souvent le voyage.

A peu près vers la même époque où je commençai à tatouer le malade dont je viens de rapporter brièvement l'observation, je me mis à traiter plusieurs granuleux par le même procédé et j'obtins en quelques semaines une très grande amélioration; le trachome ne tardait pas à disparaître et il restait à la place une muqueuse lisse et d'aspect normal.

Depuis lors, j'ai continué à employer avec le même succès le tatouage chez les granuleux en l'associant la

plupart du temps au brossage consécutif avec le bichlorure ou les diverses essences mêlées à l'eau ou au pétrole dont j'ai parlé tout à l'heure.

Le tatouage me paraît présenter sur les scarifications un notable avantage, car il n'altère d'aucune façon la muqueuse, ne laisse pas de cicatrice et produit, en outre, en même temps qu'une petite saignée locale, une dilacération des granulations à quelque profondeur qu'elles soient situées, dans l'épaisseur du tarse par exemple, où la brosse et les diverses râpes sont incapables de les atteindre.



Afin d'avoir un plan résistant qui me permette d'enfoncer plus profondément et plus commodément les aiguilles, je me sers souvent pour fixer la paupière de la pince fenêtrée de Desmares ou de Snellen qui atténue également un peu la douleur assez intense du tatouage. Le brossage, que je pratique souvent après le tatouage, a pour but de détruire les granulations superficielles qui auraient pu échapper à l'aiguille et en même temps de faire pénétrer dans les trous d'aiguille la solution parasiticide.

Le tatouage, quelque profond qu'il soit et quel que soit le nombre des piqûres d'aiguille, n'est jamais suivi de réaction inflammatoire intense, peut-être à cause de l'écoulement sanguin consécutif qui est parfois très abondant. Le faisceau d'aiguilles à tatouer étant très petit, car il ne se compose que de quatre ou cinq aiguilles très fines, peut être porté exclusivement sur les parties malades et d'une façon très rapide.

En ayant soin de couvrir au préalable d'une goutte de solution parasiticide la partie sur laquelle on doit opérer, les aiguilles en plongeant au milieu du liquide le font pénétrer dans toute l'épaisseur du néoplasme

et lui permettent d'atteindre les microbes, si microbes il y a.

Ma méthode me paraît susceptible d'un grand nombre d'applications. J'ai déjà dit que je l'avais, tout d'abord, employée dans un cas de lupus de la conjonctive, mais tous les autres lupus pourraient être traités de la même façon et les dermatologistes trouveraient sans doute de nombreuses occasions d'y avoir recours.

Je me borne, pour le moment, à signaler les deux maladies dans lesquelles le tatouage médicamenteux m'a fourni d'excellents résultats et je laisse à l'avenir le soin de décider s'il pourra être avantageusement employé dans un plus grand nombre d'affections.

M. Sous. Ces piqûres doivent être bien douloureuses. Combien en faites-vous dans une séance?

M. Armaignac. Deux cents environ. Je procède très rapidement et je détermine une perte de sang abondante.

M. Lagrange. Je ne suis pas de l'avis de M. Armaignac relativement au reproche qu'il fait aux médecins de toujours chercher des procédés thérapeutiques nouveaux. Je le félicite, au contraire, d'avoir lui aussi trouvé quelque chose de mieux à faire contre une maladie aussi grave et aussi fréquente que les granulations. Je regrette toutefois qu'il n'ait pas mieux compris la portée et les indications de la méthode que j'ai moi-même proposée sous le nom de *hervage de la conjonctive*. Cette méthode me semble viser un double but bien rationnel : rechercher les agents infectieux dans leurs derniers retranchements, les y détruire d'une manière complète. Eh bien ! ce sont les culs-de-sac conjonctivaux qui constituent les nids, les repaires de ces agents redoutables ; c'est là qu'il faut les atteindre. L'instrument dont je me sers et que je présenterai prochainement à la Société, permet de détruire facilement et complètement les granulations dans tous les points,

même les plus inaccessibles aux moyens ordinaires, de la surface conjonctivale. Je ne vois pas l'objection que l'on pourrait faire à cette manière de procéder. D'une part, elle répond à une indication théorique dont la justesse n'est pas discutable; en second lieu, elle s'affirme par des guérisons constantes et rapides.

M. Georges Martin. Il est hors de doute que les récents procédés chirurgicaux employés contre les granulations sont bien préférables aux cautérisations au sulfate de cuivre, au nitrate d'argent ou aux badigeonnages de sous-acétate de plomb, qui constituaient, il y a quelques années, notre traitement de prédilection. Grâce aux méthodes nouvelles, on peut guérir en quelques semaines des cas qui résistaient pendant des années à notre thérapeutique et même se compliquaient malgré notre intervention.

Parmi les opérations récentes, la plus recommandable, à notre avis, est celle de Davier-Abadie. Elle consiste, comme vous le savez, à endormir le malade, à lui retourner fortement les paupières à l'aide d'une pince, à scarifier ces dernières et à les brosser. Le chloroforme n'est pas indispensable, mais il nous est pénible de pratiquer une opération si douloureuse sans y avoir recours. On ne peut atteindre le mal sans retourner la paupière deux ou trois fois sur elle-même, car c'est dans les culs-de-sac que siègent tout particulièrement les granulations. Les scarifications de la muqueuse s'effectuent parallèlement et non pas dans tous les sens, comme vient de le dire un de nos collègues. La brosse est préalablement trempée dans une solution de sublimé au $\frac{1}{10}$.

À vrai dire, ce procédé est brutal, mais il guérit; c'est là une excuse suffisante.

Depuis trois ans, j'ai opéré, à l'aide de ce procédé, 25 malades et j'en ai guéri 20. Je ferai connaître dans un instant les motifs des insuccès.

J'ai apporté deux modifications à cette opération. Je commence par inciser la commissure externe, de manière à mieux gratter les granulations qui siègent à ce

niveau, difficiles à atteindre sans cette précaution. De plus, au lieu d'employer la solution au $\frac{1}{100}$, j'utilise une solution au $\frac{1}{1000}$. J'ai été amené à ce changement à la suite d'une observation faite chez une de mes malades. J'avais constaté, consécutivement à l'opération, une augmentation de 6 dioptries dans le chiffre de la myopie et en même temps l'apparition de 3 dioptries d'astigmatisme. J'ai pensé que la vive irritation produite par l'opération avait congestionné l'œil et provoqué une contraction spasmodique du muscle ciliaire ayant engendré à sa suite et la myopie et l'astigmatisme.

On reproche à l'opération de produire des brides cicatricielles, de rétrécir le cul-de-sac; je n'ai rien constaté de semblable. Mais, il faut avoir soin, les jours qui suivent l'opération, de passer le doigt dans le cul-de-sac conjonctival de manière à détruire les adhérences qui pourraient vouloir s'établir entre la muqueuse palpébrale et la bulbaire. On est étonné, huit ou dix jours après l'opération, du bon état dans lequel on trouve la conjonctive, elle est unie, non sillonnée de cicatrices et d'une rougeur modérée.

J'estime que l'opération dont vient nous parler notre collègue M. Armaignac ne peut être indiquée que dans les cas légers. Dans notre région, nous ne voyons que des trachomes atténués, ne ressemblant en rien à ceux d'Algérie, d'Égypte et du nord de l'Europe. J'ai été fort étonné de voir, à Amsterdam, le développement extraordinaire que prenaient les granulations. La méthode d'Abadie réussit à guérir ces formes exubérantes et notamment celles observées en Égypte; je doute que le procédé du tatouage soit efficace dans ces cas. Théoriquement, j'attacherai plus d'importance aux nombreuses piqûres pratiquées dans l'épaisseur de la muqueuse qu'au tatouage lui-même. Je me demande, en effet, si le liquide médicamenteux qui entoure les aiguilles pénètre bien dans la muqueuse. N'est-il pas probable que le sang qui s'échappe des piqûres, au moment du retrait des aiguilles, s'oppose à la pénétration de l'antiseptique dans l'épaisseur du tissu?

Je pense également que le procédé employé par M. Lagrange ne peut s'adresser qu'aux formes légères du mal. Le grattage opéré ne pénètre pas assez profondément; il n'atteint qu'une partie des granulations et laisse intactes celles qui siègent dans l'épaisseur de la muqueuse et même parfois dans le tissu sous-muqueux.

Les insuccès dont je vous ai parlé tiennent très vraisemblablement à deux causes: Certains malades ont contracté de nouveau le germe du mal après en avoir été débarrassés; d'autres, opérés parce qu'on les croyait granuleux, ne l'étaient pas. Nous étions en présence d'une conjonctivite chronique infectieuse et non d'une conjonctivite trachomatense. L'infection dépendait peut-être de ce que les malades touchaient plusieurs fois par jour des poissons plus ou moins frais sans se laver les mains. Le seul cas de conjonctivite chronique que j'ai observé dans les Charentes, et qu'à l'époque j'avais cru devoir qualifier de trachome, s'était développé chez une marchande de poissons. La rapidité de la guérison m'a toujours laissé quelques doutes sur l'exactitude du diagnostic, doutes qui vont en s'accroissant depuis que j'ai vu les trois enfants d'une marchande de poissons atteints de conjonctivite chronique ayant résisté au brossage.

M. Lagrange. Je prends d'une main un morceau de sucre et de l'autre une râpe. Il m'est évidemment très facile, en râpant ce morceau de sucre, de le faire diminuer et peu à peu disparaître au gré de ma volonté. Vous me dites, Monsieur Georges Martin, que ma herse n'est pas suffisante. Qu'en savez-vous? L'avez-vous essayée? Si vous m'aviez vu pratiquer le hersage des granulations, vous ne parleriez pas ainsi. J'appuie plus ou moins, suivant les points où les granulations sont plus ou moins abondantes, et je mesure toujours l'intensité de l'acte opératoire sur le degré d'épaississement de la conjonctive granuleuse. La chose est, je le répète, des plus faciles et la guérison certaine.

M. Georges Martin. Je n'ai pas vu opérer M. Lagrange, mais j'ai vu, chez un fabricant d'instruments,

la herse-curette dont il se sert. Je dois avouer que cet instrument ne me paraît pas répondre aux indications formulées pour le traitement de la conjonctivite granuleuse. Il ne permet pas d'atteindre les granulations qui siègent dans les couches profondes de la muqueuse ou au-dessous; de plus, il ne ménage pas la couche épithéliale de la muqueuse que tous les opérateurs s'efforcent d'épargner. M. Lagrange compare son instrument à une râpe; or, une râpe, avant d'atteindre le centre d'un morceau de sucre, en fait tomber les parties superficielles. Les incisions multiples, qui ne détruisent aucun tissu et qui atteignent le mal dans ses retranchements, nous semblent bien préférables au hersage.

M. Armaignac. Comme M. Lagrange, je pense que les moyens actuels répondent mieux que les anciens aux indications et donnent de meilleurs résultats. Autrefois, l'on ne guérissait que rarement les granuleux; on ne faisait ordinairement qu'atténuer leur mal. Aujourd'hui, on les guérit dans la proportion de 80 %. Par le tatouage médicamenteux que j'ai décrit, je me propose de faire pénétrer le sublimé dans l'épaisseur de la muqueuse et même sous la muqueuse. M. Georges Martin m'objecte théoriquement que cet agent ne peut pas pénétrer avec le tatouage, la force centrifuge du courant sanguin étant supérieure, selon lui, à celle du courant centripète du liquide médicamenteux. M. Georges Martin croit-il qu'avec les scarifications le sublimé sera plus efficace? La pluie sanguine que vous provoquez n'amènera-t-elle pas au contact du sublimé une coagulation de l'albumine qui protégera les surfaces avivées contre l'action du principe antimicrobien? Mon objection, théorique comme la vôtre, vaut bien, n'est-ce pas? celle que vous m'adressez. Et cela nous a-t-il empêchés, l'un et l'autre, de guérir des granuleux par nos différents procédés? Si la méthode guérit, que nous importe la manière dont elle guérit!

La séance est levée.

SÉANCE DU 16 JUIN 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. Davezac. Je demande la permission de rapporter le cas d'une malade auprès de laquelle je fus appelé il y a quelque temps. Elle était dans le coma; le cas paraissait désespéré. Cette femme semblait avoir plus de quarante ans, tandis qu'elle était seulement âgée de vingt-un ans et enceinte de sept mois et demi. Diagnostiquant une crise d'éclampsie avec congestion cérébrale, je pratiquai délibérément une forte saignée. Après avoir retiré trois pleines assiettes creuses de sang, je vis ma malade ouvrir les yeux, faire quelques mouvements et revenir à la notion des choses extérieures. Pour diminuer l'hyperexcitabilité des centres nerveux, une injection de morphine fut alors donnée et l'accouchement prématuré, pratiqué à l'hôpital, amena la guérison sans encombre.

J'ai voulu citer ce fait après l'observation de guérison de mal de Bright rapportée par moi dans la dernière séance. Il montre les heureux résultats que peut amener, même dans une situation fortement compromise, une thérapeutique rationnelle hardiment appliquée.

Herse-curette pour granulations. — Présentation d'instrument.

M. Lagrange présente l'instrument qu'il a imaginé pour traiter les granulations conjonctivales. C'est une herse-curette sur la partie convexe de laquelle sont disposées de petites saillies tranchantes qui permettent de gratter la surface de la conjonctive, granuleuse ou non, et qui, par sa forme, peut être introduite dans les moindres replis sous-palpébraux. *M. Lagrange* estime

qu'il est nécessaire d'atteindre non seulement les masses granuleuses, mais aussi la portion superficielle de la muqueuse saine, car l'on n'est jamais sûr que l'épithélium, en apparence normal au voisinage de granula-



FIG. 1

HERSE-CURETTE CONJONCTIVALE
DU D^r F. LAGRANGE

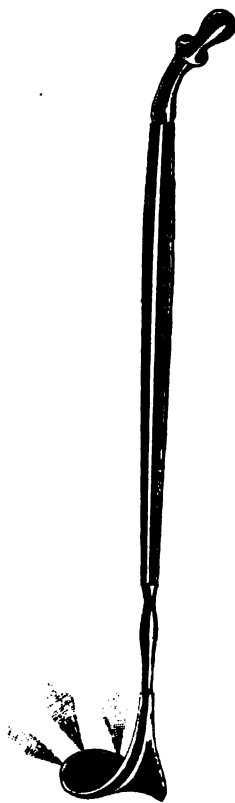


FIG. 2

LAVEUR OCULAIRE MODÈLE
DU D^r F. LAGRANGE

tions, n'abrite pas quelque colonie microbienne. On peut, d'ailleurs, être bien tranquille sur la régénération de cet épithélium. Elle se fait constamment et assez vite par bourgeonnement de l'épithélium des culs-de-sac glandulaires. Cet instrument est peut être insuffi-

sant pour les volumineuses granulations exotiques dont parlait précédemment M. Georges Martin; il suffit largement aux granulations de nos pays : c'est toute sa prétention.

Irrigateur oculaire. — Présentation d'instrument.

M. Lagrange montre un instrument destiné à laver l'œil et les culs-de-sac conjonctivaux. Il rappelle par sa forme un écarteur des paupières, mais présente un manche métallique creux, dans lequel pénètre le liquide venu d'un récipient quelconque, sous une pression que l'on peut modifier à volonté. Le liquide sort par trois trous situés à l'extrémité, facilement introduite dans la paupière, arrose le fornix, comme des lances de pompe à incendie badigeonnant une muraille. Le liquide injecté sort avec le pus et retombe sur la joue où on le reçoit dans un récipient disposé à cet effet.

M. Armaignac. Je ne connaissais la herse de *M. Lagrange* que par les dessins qui en ont été publiés. Je n'ai rien à en dire, ne l'ayant pas employée.

Je n'ai pas non plus d'expérience personnelle de l'irrigateur oculaire que notre collègue vient de nous montrer. Il me semble calqué sur le modèle d'instruments analogues, depuis longtemps connus. Entre les mains du médecin, il me paraît inférieur aux lavages et aux badigeonnages que nous pratiquons journellement à l'aide du pinceau. C'est surtout à l'usage des familles qu'il me paraît destiné. En ce cas, je le crois bien plus dangereux que réellement utile. En effet, le liquide ainsi injecté doit rejaillir du malade vers la personne qui est en face ou à côté et risque par conséquent d'inoculer les yeux de cette dernière.

M. Georges Martin. Il est difficile de critiquer les instruments que l'on n'a pas soi-même utilisés. La herse-curette, que *M. Lagrange* nous présente comme un instrument nouveau, n'est que la reproduction un peu modifiée de la herse de *Borelli*. La seule différence entre le premier et le second modèle, c'est que celui de *Borelli* pouvait piquer et même couper, tandis que

celui de M. Lagrange ne fait que brosser, racler. Eh bien ! j'estime que l'instrument qui nous est montré aujourd'hui est mauvais parce qu'il râpe, ne coupe pas et ne peut par conséquent atteindre profondément les tissus granuleux. Pourquoi, d'ailleurs, cette herse si elle eût été avantageuse, n'eût-elle pas été vulgairement employée ? Or, depuis trente ans qu'elle a vu le jour, elle n'a pour ainsi dire pas donné signe de vie.

M. Lagrange. Je suis très surpris d'apprendre de la bouche de M. Georges Martin que Borelli a inventé un instrument pareil à celui que je croyais avoir le premier imaginé et je remercie très sincèrement notre collègue de m'avoir donné connaissance d'un fait que j'ignorais entièrement. C'est donc le procès de l'instrument de Borelli qu'il faut faire et non plus celui de la herse-curette à laquelle je me croyais en droit d'attacher mon nom. Quoi qu'il en soit, je ne puis que m'enorgueillir de m'être ainsi trouvé en conformité d'idées avec un homme aussi remarquable que Borelli. Si, maintenant, je cherche à savoir pourquoi, il y a trente ans, cet instrument n'a pas eu de vogue, je crois que cet échec est dû à l'ignorance absolue dans laquelle on vivait alors des moyens antiseptiques. Mais aujourd'hui les choses ont bien changé et le moment est très opportun de faire revivre un instrument auquel l'antisepsie doit assurer toute sa valeur. C'est cette antisepsie qui est le complément nécessaire, capital de l'action sanglante si facilement et si complètement assurée, je le répète, par la herse-curette. De là l'excellence, à mes yeux indiscutable, de cet instrument.

M. Sous. L'instrument de Borelli est connu sous le nom de *scardasso* (chardon). On lui fit l'objection suivante : il produit des cicatrices qui ont souvent une terminaison très préjudiciable. Je dois dire qu'au Congrès d'ophtalmologie de Paris, en 1867, M. Borelli n'avait pas paru très enthousiasmé de son invention. Depuis lors, il n'en a plus été question.

Lupus de la paupière guéri par le tatouage médicamenteux. — Présentation de malade.

M. Armaignac. Je désire vous soumettre un malade que j'ai déjà eu l'occasion de montrer à la Société pour un lupus de la paupière dont le diagnostic a été confirmé par les recherches bactériologiques de M. Sabrazès. Je l'ai traité par le tatouage médicamenteux dont j'ai parlé dans la dernière séance et vous pouvez voir que la guérison est maintenant parfaite.

Phosphates de chaux; thérapeutique et pharmacologie.

M. Carles lit le travail suivant :

Quand on songe que le phosphate de chaux existe dans tous les tissus de l'économie animale, qu'il est tout aussi répandu dans les végétaux, dont il affectionne particulièrement les parties qui servent de réserve alimentaire, et qu'on le retrouve, enfin, disséminé dans tous les sols fertiles, on ne peut s'empêcher de le considérer comme un aliment de premier ordre pour tous les êtres vivants.

Cependant, lorsqu'on poursuit minutieusement sa recherche dans les divers cas que nous venons d'énumérer, on est frappé de voir avec quelle fidélité il est accompagné partout par une série de satellites qui possèdent les mêmes allures chimiques; ce sont : les phosphates de magnésie, de fer et les fluorures terreux. Mais le phosphate de chaux naturel ou tricalcique est insoluble dans l'eau, aussi bien que ses satellites, et comme ceux que la nature a mis en réserve dans le sol ne peuvent pénétrer dans la circulation végétale qu'en devenant et restant solubles, cette même nature les traite par divers agents solubilisateurs parmi lesquels les acides et les albuminoïdes occupent le rôle dominant.

C'est ainsi qu'à la faveur de l'acide carbonique de

l'atmosphère et du sol, les eaux pluviales dissolvent ces phosphates, qu'elles sont aidées dans cette fonction par les acides acétique, ulmique (Dehérain) et autres qui existent dans la terre, et aussi par les acides que sécrètent les spongides végétales, comme on peut s'en assurer en faisant graver une plaque de marbre polie par les radicelles d'un haricot naissant (Gayon).

Ces acides enlèvent à ce phosphate tricalcique un ou deux équivalents de sa chaux et le transforment en phosphate bicalcique ou monocalcique, dont le degré de solubilité est d'autant plus élevé que l'acide phosphorique est allégé de sa chaux. Mais n'oublions pas qu'il y a là plutôt dissociation que décomposition proprement dite, car cette chaux restera toujours en présence de l'acide phosphorique, prête à s'unir à lui derechef dès que, pour des causes diverses, l'énergie de l'acide spoliateur viendra à péricliter.

Dans leurs pérégrinations à travers le végétal, ces phosphates, voiturés par une sève acide, sont toujours appelés à rencontrer des albuminoïdes, principes immédiats qui ont, eux aussi, la singulière propriété de dissoudre les phosphates de chaux, malgré leur neutralité chimique. Mais cette particularité n'est qu'apparente, car la chimie biologique nous a appris que ces albuminoïdes sont moins des principes immédiats primaires que des sels neutres proprement dits; aussi, comprend-on leur rôle dissolvant, commun, du reste, avec d'autres sels neutres et on s'explique l'affinité tenace qu'ils éprouvent pour le phosphate de chaux et ses acolytes.

Selon la règle générale, c'est surtout par l'intermédiaire des végétaux que les phosphates arrivent à l'animal. Ici, comme pour la plante, la pléiade phosphatée trouve dans l'estomac des humeurs acides capables d'assurer sa solubilité; mais elle rencontre en plus dans le torrent sanguin des masses d'albumi-

noïdes chargés de suppléer, dans ce milieu alcalin, les acides de l'estomac, comme il a été dit tout à l'heure ; de telle sorte que cet aliment de premier ordre peut cheminer à l'aise dans toutes les portions de l'économie animale, s'immobiliser dans le tissu osseux ou se condenser sous forme liquide, malgré leur alcalinité, aussi bien dans l'albumine de l'œuf que dans le lait, vraies réserves alimentaires du jeune animal.

Après ce long préambule, qui paraîtra peut-être moins oiseux quand nous voudrons faire un choix judicieux des espèces phosphatées médicamenteuses, abordons les points pathologiques qui intéressent la phosphatologie.

Eh bien ! la pathologie générale et la clinique enseignent qu'il est des cas où l'organisme animal, en général, et humain, en particulier, manquent de phosphates ; que cette pénurie phosphatée engendre diverses maladies qui tiennent soit à ce que le sujet n'en trouve pas assez dans ses aliments, soit à ce qu'il s'assimile mal la dose normale, soit à ce qu'il désassimile trop vite ses réserves naturelles. Enfin, l'expérimentation clinique démontre que si, à ce moment, on force la dose alimentaire des phosphates, on guérit certaines formes d'anémie, on hâte quelques convalescences, on favorise les grossesses, on consolide les os ramollis ou fracturés, on comble les cavernes de quelques tuberculeux.

Mais pour atteindre ces résultats, il est incontestable que tous les phosphates de chaux n'ont pas la même valeur, et que les plus solubles ne sont pas les plus efficaces. A notre sens, l'espèce chimique idéale serait celle qui existe en provision dans le sol et dans l'organisme animal lui-même ; ce serait celle qui s'accumule dans le tissu osseux, dans les cavernes pulmonaires, qui se précipite dans les urines alcalines. Or là, nous l'avons déjà bien redit, ce n'est pas un produit pur

bien défini, une espèce chimique isolée, dans le genre de celles que la thérapeutique moderne nous paraît chérir beaucoup trop, mais un mélange naturel de phosphate tribasique de chaux, de magnésie et de fer, unis à du fluorure et fortement hydratés. Ce mélange est analogue, malgré sa simplicité relative, à celui qui constitue l'universalité de nos aliments, même les moins complexes; et le rôle de chaque principe immédiat y est si bien défini, que si, à l'exemple de Raulin, on créait une terre artificielle formée de sable pur, de sels de potasse et des sels en question pris isolément dans toute leur pureté, cette terre deviendrait stérile, si on enlevait un des composants, quelle que fût sa faible proportion. Les êtres vivants s'accommodent donc mieux des mélanges d'espèces chimiques définies que de quelques-unes de ces espèces isolées.

Ces conditions sont-elles remplies par toutes les variétés des médicaments phosphatés? C'est ce qu'il nous reste à voir.

Médicaments phosphatés complexes. — Autrefois, quand on voulait soumettre un malade à la médication phosphatée, on était arrivé empiriquement à lui donner de la gelée de corne de cerf. Ce médicament, démodé à cause de l'incertitude de sa composition et bizarre en apparence, était cependant très rationnel, car il renfermait, associé à une matière animale soluble, toujours bien tolérée par l'estomac, la pléiade phosphatée chimique qui nous tient tant à cœur et dont un jus de citron assurait la solubilité maxima. D'autres médecins recommandaient à leurs malades, et l'usage s'en est conservé encore dans nos ménages, de forcer dans leur pot-au-feu la dose d'os de veau, qui est encore une réserve de phosphates naturels assimilable, fidèle aux transformations de l'osséine, et d'autant plus féconde que ces os sont plus divisés.

PHOSPHATES PURS.

1° *Phosphate tricalcique*. — Mais la thérapeutique moderne, dans un but de précision plus louable qu'heureux souvent dans ses résultats, préfère les phosphates dégagés de toute matière animale. Ainsi, il n'y a pas longtemps encore, elle préconisait le phosphate de chaux des os calcinés. Cependant, l'expérience ayant démontré que ce sel n'était que très faiblement soluble dans les humeurs gastro-intestinales, le Codex lui a substitué le phosphate des os précipité ⁽¹⁾. C'est là, à notre avis, le phosphate idéal, pourvu qu'il ait été préparé dans des conditions particulières que nous détaillerons plus loin.

2° *Phosphate bicalcique*. — La science et l'autorité de M. Falières (de Libourne) ont déterminé le dernier Codex à préférer le phosphate bicalcique, c'est à dire le précédent, privé d'un tiers de sa chaux. Ce phosphate artificiel constitue une espèce chimique parfaitement définie, et qui, à cause de cela même, aurait aussi notre préférence, si on était sûr qu'il pût toujours trouver dans l'organisme la proportion de chaux nécessaire pour reconstituer le phosphate tricalcique naturel du squelette, des dents, des cavernes oblitérées, etc., etc. Il est possible que souvent cette chaux soit apportée en assez grande quantité pour cela par les aliments, mais nul ne saurait l'affirmer, et l'hypothèse inverse est tout aussi probable.

Dans tous les cas, il est certain que, en raison même de sa pureté, le phosphate bicalcique ne renferme pas les phosphates secondaires dont nous avons parlé, et il nous paraît, qu'à ce titre, ce n'est qu'un médicament-aliment incomplet.

3° *Phosphate monocalcique*. — Nous ne parlerons

⁽¹⁾ Ce phosphate, depuis quelques années, est aussi préféré à tout autre comme engrais des terres appauvries.

que pour mémoire de la troisième espèce chimique du phosphate de chaux, c'est à dire du phosphate monocalcique. Longtemps on a cru que ce sel était incristallisable, mais les chimistes modernes sont arrivés à l'obtenir à l'état de cristaux purs bien définis. Comme ce phosphate est éminemment soluble, beaucoup de médecins l'ont adopté avec enthousiasme. Ce que nous avons écrit dans les lignes précédentes nous force à adopter une opinion différente. A notre avis, il doit être thérapeutiquement classé le dernier.

Médicaments phosphatés liquides. — Après les préparations pures, solides ou pulvérulentes du phosphate de chaux viennent les mêmes médicaments sous forme liquide : solutions aqueuses, vins et sirops.

Pour dissoudre le phosphate de chaux dans l'eau ou le vin, on pressent, après ce que nous avons écrit au début, que l'intervention des acides est indispensable, du moins pour les deux espèces chimiques premières.

Si on veut imiter la façon dont s'y prend la nature pour dissoudre les phosphates terreux et les faire assimiler par les êtres vivants, on estimera avec nous que les acides qui doivent être préférés dans ce but sont les acides organiques, parce que l'économie les brûle facilement et qu'ils rendent ainsi disponible la chaux nécessaire à la reconstitution du phosphate de chaux tribasique naturel, le seul qui soit habile à faire partie constituante de nos tissus. On nous répondra, il est vrai, qu'au dire d'une École physiologique, l'acide chlorhydrique est l'acide normal du suc gastrique et que, pour cette raison, il doit être pharmaceutiquement préféré pour dissoudre les phosphates. L'argument n'est assurément pas sans valeur. Mais, comme une autre École physiologique, aussi respectable, estime que l'acide dominant est l'acide lactique et qu'il est encore avéré que les glandes gastriques sécrètent d'autres acides et sels solubilisateurs, il nous

paraît plus logique d'envoyer à l'estomac le phosphate tribasique naturel, sous la forme la plus divisée, la plus assimilable. De cette façon, le suc gastrique, à moins d'hypochlorhydrie, saura bien accommoder le médicament à sa manière, c'est à dire selon la nature, la proportion et l'espèce de ses acides et lui donner les formes chimiques multiples qui plaisent à l'économie.

Selon donc qu'on choisira comme dissolvants des phosphates calciques les acides organiques lactique, citrique ou les acides minéraux chlorhydrique, phosphorique, on formera des solutions dites de *lacto*, *citro* ou *chlorhydro-phosphates de chaux*. Mais il faut bien noter que ces appellations sont absolument vicieuses et que la généralisation de leur emploi a créé dans l'esprit du monde médico-pharmaceutique l'idée fausse qu'il s'agissait là d'une combinaison précise de phosphate de chaux et de l'acide visé, comme cela se passe dans la généralité des combinaisons chimiques. L'expérience enseigne, en effet : d'abord, que pour un même poids de chacun de ces mélanges salins la quantité de phosphate de chaux réel est d'autant moindre que l'équivalent de l'acide est plus élevé; et ensuite, que la proportion d'acide solubilisateur mise en jeu est extrêmement variable. C'est ainsi que pour un même poids initial de phosphate, la proportion d'acide nécessaire pour le dissoudre est d'autant plus grande que l'on a communiqué à ce phosphate plus de cohésion.

Les exemples suivants en font foi.

Ainsi, voici trois séries de capsules dans lesquelles nous avons placé *un même poids initial* de phosphates bicalcique et tricalcique humide et qui ont réclamé ultérieurement les proportions variables suivantes d'acides lactique et chlorhydrique, chaque prise d'essai étant préalablement délayée dans cinquante grammes d'eau.

Phosphate bicalcique : Essoré. Séché à air. Séché à 50. Séché à 100. Calciné.					
Acide lactique médicinal.	}	15	20	37	59 indéfini.

Phosphate bicalcique : Essoré. Séché à air. Séché à 50. Séché à 100. Calciné.					
Acide chlorhydrique médicinal.	}	3.10	3.30	3.50	3.70 7.50

Phosphate tricalcique : Essoré. Séché à air. Séché à 50. Séché à 100. Calciné.					
Acide chlorhydrique médicinal.	}	1.20	1.30	1.40	1.50 1.50

Ces faits ne sauraient être trop retenus et médités par les pharmaciens, car ils leur donnent les causes pour lesquelles leurs solutions et leurs vins varient de goût, non seulement quand ils changent de phosphate, mais aussi quand le même produit a été différemment traité et desséché.

Comme ces solutions ont toujours une saveur fortement acidule et qu'en dehors des vins elles se conservent mal, si elles ne sont pas stérilisées par la chaleur ou les antiseptiques, on les a transformées en sirops, qui n'ont pas ces défauts, et qui, à cause de cela, acquièrent de plus en plus la faveur des médecins et des malades.

SIROPS DE PHOSPHATES DE CHAUX.

Le sucre seul suffit, en effet, pour conserver le phosphate gélatineux avec toutes ses qualités premières, ainsi que les solutions acides dont nous avons parlé. La pharmacie possède encore sous la forme sirupeuse les trois espèces de phosphates déjà énumérées.

a. *Sirop de phosphate tribasique.* — Ce sirop, à vrai dire, n'est cependant pas reconnu par le Codex. Notre formulaire est muet à son égard, parce qu'il trouve irrégulier, sans doute, de faire un sirop avec un sel insoluble. Cette préparation spécialisée a néanmoins un légitime succès thérapeutique. Le phosphate

gélatineux qu'elle renferme reste fort longtemps en suspension dans le sirop ou s'y répartit uniformément à l'aide de l'agitation la plus légère. Aussi, malgré le silence du Codex, croyons-nous qu'elle devrait être officiellement adoptée, car elle seule permet de conserver le phosphate naturel à l'état gélatineux, c'est à dire au degré d'assimilabilité le plus élevé. La grande difficulté à vaincre dans cette préparation consiste à obtenir le phosphate aussi fin et aussi hydraté que possible.

Voici un moyen facile d'y arriver :

100 parties d'os calcinés pulvérisés ou, beaucoup mieux, 115 grammes ⁽¹⁾ de noir animal pulvérisé finement sont traités par 150 parties d'acide chlorhydrique diluées dans deux ou trois litres d'eau. Si on a soin d'agiter entre-temps, suivant le degré de finesse de la poudre, tout le phosphate se dissout dans six, huit ou dix heures. A ce terme, on décante, on lave et on ajoute assez d'eau pour faire dix litres de liqueur.

Avec cent centimètres cubes de ce liquide, on détermine la proportion de lessive des savonniers nécessaire pour précipiter tout le phosphate des dix litres, on majore cette proportion d'un dixième et on la dilue encore dans dix litres d'eau.

A ce moment, on verse la liqueur acide dans la liqueur alcaline, afin de transformer d'emblée tout en phosphate tribasique. On agite et on lave par décantation jusqu'à neutralité au tournesol.

Par cette manœuvre, on obtient un phosphate si fin et si léger que sa précipitation n'est que partielle au bout de douze heures et qu'il réclame plusieurs jours de lavage. Enfin, si, au terme fixé, on le jette sur une toile, il retient encore, après douze heures d'essorage, 90 % d'eau, c'est à dire que 10 grammes de phosphate

(1) Le noir renferme 15 % de carbone.

gélatineux ne contiennent que 1 gramme de phosphate sec environ ⁽¹⁾.

Pour conserver ce phosphate avec toutes ses qualités, il suffit de le diluer avec de l'eau et de le transformer à froid en sirop avec des quantités d'eau et de sucre, telles que 20 grammes ou une cuillerée renferment 2 grammes de phosphate gélatineux ou 20 centigrammes de phosphate sec.

Exemple :

Pour 1000 de sirop.	{	Sucre blanc.....	655 »
		Eau.....	245 »
	{	Phosphate gélatineux { Eau.....	90 »
		pour 100..... { Phosphate sec..	10 »
TOTAL.....			1000 »

Ce sirop ressemble à du sirop d'orgeat. Comme lui, il se sépare avec le temps, mais, mieux que lui, il redevient homogène avec la moindre agitation.

b. Sirop de phosphate bicalcique. — C'est celui qui a les préférences du formulaire officiel. Pour dissoudre le phosphate, le Codex indique en premier lieu l'acide lactique, mais il accepte aussi les acides chlorhydrique et phosphorique, donnant naissance chacun séparément aux sirops dits *de lacto-phosphate*, *chlorhydro-phosphate*, locutions sur l'opportunité desquelles nous nous sommes déjà prononcé. A dire vrai, nous n'avons jamais pu dissoudre ce phosphate avec les proportions d'acide marquées dans le supplément du Codex. Dans tous les cas, ce sirop ne nous paraît pas valoir thérapeutiquement le premier. On connaît nos arguments à l'appui.

c. Le sirop de phosphate monocalcique est moins demandé. Celui-ci ne réclame l'intervention d'aucun

⁽¹⁾ Nous répudions l'ammoniaque, qui donne toujours du phosphate ammoniaco-magnésien et fournit un produit plus cristallin, moins gélatineux. Le phosphate préparé à froid est aussi plus divisé.

acide; il est assez acide lui-même pour se dissoudre directement dans le sirop.

Pâtes lacto et chlorhydro-phosphatées du commerce.
Pour terminer ce travail, nous allons indiquer quelques faits qui ne sont pas, au point de vue général et particulier de l'emploi des phosphates, sans importance pratique.

Comme depuis quelques années, par suite de circonstances à la fois dépendantes et indépendantes de leur volonté, les pharmaciens sont entraînés à simplifier la préparation de leurs médicaments, les fabricants de produits pharmaceutiques leur vendent sous les termes de *lacto-phosphate* et *chlorhydro-phosphate*, des pâtes phosphatées solubles, que chacun peut introduire extemporanément dans l'eau, le vin ou le sirop pour leur préparation. Comme ces produits n'ont aucun titre, chacun l'interprète à sa manière; mais nous avons des raisons de croire que la plupart des praticiens les considèrent comme des sels chimiques purs et les introduisent comme tels dans leurs médicaments. Ce qui suit donnera la note de la valeur dérisoire des remèdes ainsi préparés.

Les résultats que nous donnons s'appliquent à des produits originaires de deux maisons de Paris des plus recommandables.

PÂTE DE LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX	A	B
Eau.....	74 90	77 80
Acide lactique.....	18 15	17 80
Sels minéraux étrangers.....	2 35	3 »
Phosphate bicalcique normal (1).. TOTAL.....	4 60 100 »	1 40 100 »

(1) Nous voulons dire par ce mot que les nombres inscrits ci-dessus ont été majorés de 20 % afin de ne pas oublier l'eau de cristallisation naturelle que renferme le phosphate bicalcique normal, c'est à dire séché à l'air libre.

CHLORHYDRO-PHOSPHATE	A	B
Eau, acide et sels divers.....	48 »	48 50
Phosphate tricalcique normal....	52 »	51 50
TOTAL.....	100 »	100 »

CONCLUSIONS.

La thérapeutique nous paraît devoir imiter la nature et n'employer que le phosphate tribasique de chaux ou normal. Ce phosphate deviendra d'autant plus assimilable qu'il aura été plus divisé chimiquement et qu'il sera plus hydraté. C'est, en effet, sous cette forme qu'il sera le plus soluble dans les humeurs gastriques, malgré la complexité de leur composition chimique.

Ce phosphate devra toujours être préparé avec les os calcinés ou mieux avec le noir animal pulvérisé. Lorsqu'il est précipité par la soude dans deux cents fois au moins son poids d'eau, ce phosphate est si ténu et si léger qu'il reste facilement en suspension dans le sirop. Sous cette forme, il conserve indéfiniment ses qualités premières. Ce sirop devrait être adopté par le Codex.

Lorsque la thérapeutique préférera user du phosphate de chaux sous une autre forme, les pharmaciens ne devront pas oublier les modifications qu'ils éprouvent alors sous l'influence de la chaleur; ils ne devront user des pâtes phosphatées du commerce qu'avec la plus grande circonspection.

M. Vergely. L'étude de M. Carles est sans doute très intéressante et très instructive, mais les praticiens sont devenus très sceptiques au sujet de l'utilité des préparations de phosphate de chaux. La clinique n'en a pas démontré l'efficacité et les expérimentateurs, par exemple Hoppe-Seyler et ses élèves, ont démontré que le phosphate de chaux n'était pas absorbé et que des animaux privés de phosphate de chaux dans la plus large

mesure et pendant longtemps ne devenaient pas malades.

Sanson (de Grignon) a fait, à ce sujet, de belles expériences; ayant pris de jeunes veaux, il les a divisés en deux groupes; les animaux du premier groupe ont été alimentés avec du phosphate en grande quantité, les autres en étaient complètement sevrés. Chez ces divers animaux, la nutrition, et en particulier la nutrition des os, ne présentait aucune différence.

Milne-Edwards, en expérimentant sur des pigeons, arriva aux mêmes conclusions.

Il paraît donc certain que le rachitisme ne tient pas à l'absence de phosphate de chaux et que ce médicament n'est pas absorbé en nature.

Ces données expérimentales, unies à ce que la clinique enseigne tous les jours, sont évidemment de nature à rendre les praticiens indifférents à l'égard des préparations dont M. Carles vient de nous parler, mais la question scientifique n'en reste pas moins intéressante.

Il serait très utile de savoir quelles transformations subissent les phosphates de chaux introduits dans l'organisme. Il y aurait, d'après Bouchard, formation d'acide phosphorique et cet acide jouerait un rôle favorable dans la digestion en augmentant l'activité sécrétoire de l'intestin. C'est ainsi qu'agiraient les huiles phosphorées.

Le phosphate de chaux, introduit sous forme médicamenteuse, ne pénètre donc pas dans l'organisme; celui que nous trouvons dans les os a été introduit sous la forme alimentaire avec le pain, avec le lait.

Sous la forme médicamenteuse, les phosphates de chaux doivent être donnés à petite dose, 25 centigrammes environ; à plus forte dose, on risque d'occasionner des troubles digestifs en encombrant l'intestin. De ce médicament, l'organisme dégage une petite quantité d'acide phosphorique qui seule joue un rôle utile. Il est avéré que le phosphate de chaux, quelles que soient sa forme et sa quantité, n'a jamais guéri un rachitique, jamais préservé un malade d'une pseudarthrose.

M. R.-Saint-Philippe. Les opinions de M. Vergely me paraissent très fondées. Le phosphate de chaux ne m'a jamais paru un médicament utile dans les altérations du squelette.

Cependant, il n'en faut pas conclure qu'il n'a aucune action bienfaisante; en poudre, il agit topiquement sur l'intestin en modifiant les sécrétions intestinales. Il n'est pas bien nécessaire de savoir si le phosphate de chaux bicalcique agit mieux que le tricalcique; la question intéressante surtout est celle que M. Vergely agissait, celle de savoir ce que devient le phosphate de chaux dans l'organisme. Il agit sans doute en modifiant la nutrition générale, mais nous ne connaissons pas exactement les transformations qu'il subit.

M. Carles. Un organisme ne peut vivre et s'accroître sans phosphate de chaux. Cette substance est, d'ailleurs, si répandue qu'il est impossible d'empêcher un animal en expérience d'en prendre en grande quantité.

Au point de vue thérapeutique, il ne peut être contesté qu'un produit assimilable donnera des résultats meilleurs qu'un produit inassimilable; il vaut toujours mieux administrer un médicament attaquant par les acides de l'estomac, c'est le cas du phosphate de chaux gélatineux tel qu'il existe dans le sol. Il se produit sans doute dans l'intestin des réactions encore peu connues, mais la supériorité du phosphate sur les autres n'en est pas moins établie, à cause même de son assimilation facile.

M. R.-Saint-Philippe. Le meilleur moyen consisterait à prendre le phosphate de chaux en nature, sous forme de pain de seigle, comme l'a proposé Dujardin-Beaumetz; les phosphates médicamenteux ne rendent de service que dans la condition de les administrer en petite quantité.

M. Vergely. La grosse difficulté de la question que nous discutons touche uniquement aux réactions chimiques du phosphate de chaux en présence du suc gastrique. Cette question mériterait d'attirer spécialement l'attention de M. Carles.

M. Pîtres. Dans les maladies du système nerveux, le

phosphate de soude agit autrement et mieux que le phosphate de chaux. Je l'ai conseillé à mes malades parce que le phosphate sodique est plus soluble dans le vin que le phosphate de chaux.

M. Vergely. Le phosphate de soude, qu'on vient de préconiser en injections sous-cutanées, s'élimine avec une très grande rapidité et, chez lui, l'acide phosphorique ne joue aucun rôle; comme le phosphate de fer qui est éliminé intégralement, le phosphate de soude est un phosphate très particulier, ne ressemblant pas au phosphate de chaux.

M. Georges Martin. Notre collègue M. Arnozan a montré, il y a quelques années, à la Société un calcul phosphatique formé chez un enfant qui absorbait une grande quantité de phosphate de chaux médicamenteux.

La séance est levée.

SÉANCE DU 23 JUIN 1893

PRÉSIDENCE DE M. CHABRELY

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. Carles. La direction qu'a prise la discussion de la note que j'ai lue à la Société, les lignes que j'ai trouvées à son sujet dans un journal de médecine et les quelques paroles que j'ai naguère entendues sur cette question me permettent de croire que je n'ai pas été compris.

Tout ce que j'ai dit n'est, en somme, qu'un plaidoyer, un peu long peut-être; en faveur du phosphate de chaux tribasique ou tricalcique, c'est à dire du seul phosphate naturel tel qu'il existe dans les trois règnes.

Le procès-verbal oublie bien de rappeler que mes contradicteurs ne croient pas davantage à son action thérapeutique qu'à celle des autres espèces; mais comme ces mêmes collègues ont spontanément déclaré que ce médicament n'était pas sans efficacité à petites doses, ils ont, en fait, approuvé la thèse que je défends.

Cette thèse peut être libellée ainsi : Le phosphate tribasique de chaux de la nature est la base de la médication phosphatée; mais on ne peut compter sur ses effets que lorsqu'il est à l'état gélatineux, c'est à dire à l'état de division idéale et au degré d'assimilabilité maxima.

Pour préparer ce médicament, je m'adresse, selon l'usage, aux dépôts qu'en fait la nature dans la charpente animale. Je traite 100 grammes d'os calcinés (et beaucoup mieux 110 grammes de noir animal qui est plus soluble et ne diffère des premiers que par 10 % de charbon) par 120 grammes d'acide chlorhydrique et deux litres d'eau. Au bout de quelques heures tout est dissous. Je filtre et je dilue la liqueur dans dix litres d'eau commune. Pour en séparer le phosphate, j'emploie non pas l'ammoniaque du Codex, qui donne toujours naissance à du phosphate ammoniaco-magnésien, mais de la soude caustique, calculée en proportion telle, qu'elle soit finalement en léger excès. Mais comme en ajoutant cet alcalin dans le phosphate on donnerait naissance à un mélange de phosphates polycalciques, je fais l'opposé; je veux dire que je verse les dix litres de liqueur phosphatée sur les dix litres de liqueur sodique. De cette façon, il ne se forme que du phosphate tribasique de chaux uni aux autres bases naturelles, magnésie, fer, etc.

Le produit ainsi obtenu est extrêmement volumineux à cause de son intime division; sa précipitation est si lente, que les lavages durent plusieurs jours. Quand il s'est essoré pendant vingt-quatre heures sur un linge, il retient 90 % d'eau. 10 grammes représentent en conséquence 1 gramme de phosphate sec. C'est là non pas de la gelée de phosphate, mais le phosphate de chaux

dit *gélatineux*. En cet état, le produit ne se conserverait pas, il se tasserait, se dessècherait et moisirait. Pour lui maintenir ses qualités premières, j'estime qu'il n'y a rien de mieux à faire qu'à le transformer en sirop, à froid, de manière qu'une cuillerée ou 20 grammes renferment 2 grammes de phosphate gélatineux ou 20 centigrammes de phosphate sec. Ce sirop ressemble à du sirop d'orgeat. Comme lui, il se désunit bien au bout de quelque temps, mais la plus faible agitation répartit de rechef le phosphate dans toute la masse. J'estime qu'il représente le phosphate de chaux au summum d'assimilabilité et que lui seul permet aux humeurs gastriques de le dissoudre conformément à la complexité de leur composition chimique.

J'avoue n'être pas le premier auteur de cette forme pharmaceutique du phosphate de chaux, mais comme celui qui en a eu la première idée a fait un secret de sa préparation, j'ai voulu permettre à chacun de la préparer avec la même correction.

Correspondance.

Lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique envoyant le programme de la réunion des Sociétés savantes qui aura lieu à Paris le 27 mars 1894.

Lettre de M. le Président du Congrès de la Tuberculose invitant les membres de la Société au Congrès qui se tiendra à Paris du 27 juillet au 2 août de cette année.

Tremblement hystérique.

M. Delmas présente à la Société trois malades atteintes de tremblement hystérique.

Dans la première observation, il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, lymphatique, portant des stigmates évidents d'hystérie. Cette jeune fille, qui accuse au repos des sensations de tremblement intérieur dans les membres, lorsqu'elle tient le bras horizontalement, éprouve un tremblement très apparent jusqu'aux épaules.

L'écriture, tremblée, rappelle celle d'un vieillard écrivant à main levée.

L'hydrothérapie simple, froide, régulièrement suivie pendant quelques semaines, amena une amélioration rapide. Les stigmates hystériques persistent, mais l'état général s'améliore beaucoup et le résultat obtenu par l'hydrothérapie est assez satisfaisant pour qu'on doive encore conseiller cette médication, qu'on pourra seconder par l'action de l'aimant si la guérison n'est pas rapidement complète.

La seconde malade, âgée de dix-neuf ans, a présenté à treize ans des accidents rhumatismaux disparus sans laisser de trace.

Le début du tremblement remonte à son extrême jeunesse; à l'école, ses camarades le lui avaient fait remarquer.

Aujourd'hui, elle présente un tremblement généralisé à tout le membre supérieur comme la précédente malade; son écriture est très altérée.

Le tremblement a envahi les membres inférieurs, l'épigastre, les deux paupières inférieures. La malade coud lentement, difficilement; tord son aiguille; elle est bien vite atteinte de lassitude musculaire.

Pendant le sommeil, pas de tremblement; mais celui-ci reparaît au moindre mouvement et augmente au moindre effort.

L'envahissement des membres inférieurs par le tremblement ne date que d'une année, une métrorrhagie grave en a été la cause.

Il y a, chez elle, peu de stigmates hystériques.

L'examen dynamométrique donne, pour la main droite, 21 kilos; pour la gauche, 20 kilos; l'effort pour redresser le corps, 41 kilos.

L'hydrothérapie produit, chez cette malade, d'excellents résultats sur l'état général, mais à peu près nuls sur le tremblement.

Depuis dix jours, elle est soumise à l'aimantation et cette médication a donné les meilleurs effets; appliquée sur le membre supérieur droit exclusivement, elle a agi

à un égal degré sur le côté gauche, ainsi que sur les membres inférieurs.

La troisième malade, âgée de trente-cinq ans, manifestement hystérique, est atteinte, comme les deux autres, de tremblements rythmés; nuls au repos, apparaissant dès qu'on place le bras dans la position horizontale, s'exaspérant à la moindre émotion et par la fatigue. Ce tremblement se généralise, en s'atténuant, dans le membre inférieur. La malade est soumise au traitement hydrothérapique, dont le résultat tonique et sédatif est extrêmement rapide. Après huit jours de traitement, la guérison est très avancée.

Ces trois observations seront, d'ailleurs, publiées *in extenso* dans un mémoire dont M. Delmas se propose de donner prochainement lecture à la Société.

La séance est levée.

SÉANCE DU 30 JUIN 1893

PRÉSIDENCE DE M. CHABRELY

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

Lettre de M. Verdalle s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

Lettre de M. le Président de l'Association générale des Étudiants de Bordeaux offrant de publier dans l'*Annuaire* une notice de la Société.

M. Moure fait hommage à la Société de la deuxième édition de son *Manuel pratique des maladies des fosses nasales et des cavités accessoires*.

M. W. Dubreuilh offre à la Société les mémoires

suivants qu'il vient de publier : *Des alopecies atrophiques* ; *Des hidrosadénites suppuratives disséminées*.

Résection ancienne du coude. — Présentation de malade.

M. Ferron lit le travail suivant :

Dans la séance du 19 avril 1893 de la Société de Chirurgie de Paris, M. Tillaux, rapporteur d'un travail de M. Lejars sur le traitement opératoire des luxations anciennes du coude, appuyait les conclusions du présentateur, tout en faisant quelques réserves sur l'extrémité osseuse à réséquer.

Il acceptait la résection comme moyen de supprimer les inconvénients inhérents à l'ankylose du coude.

La discussion soulevée à ce sujet parmi les membres de la Société fut favorable à l'intervention.

Dans un cas analogue à celui de M. Lejars, luxation ancienne, probablement compliquée de fracture du coude que je vous avais soumise il y a deux ans environ, vous aviez de même approuvé ma détermination de rendre, par une opération sanglante, ses mouvements à l'articulation ankylosée. Mais mon malade, resté inébranlable dans son parti pris de garder un membre impotent, refusa obstinément toute opération.

Aujourd'hui, si je viens vous présenter un homme auquel j'ai fait, en 1889, une résection du coude, c'est que j'ai été un peu surpris par la lecture d'un travail publié dans les *Archives provinciales de Chirurgie* (n° de mai), par M. Boiffin, sur l'ankylose rectiligne du coude et sur ses indications.

Étudiant sur chaque malade l'attitude la plus favorable du membre supérieur, au point de vue de la profession, ce chirurgien distingué s'appuie sur sept observations pour dire que « l'ankylose dans la position rectiligne ou à angle très obtus, l'extension plus ou moins complète doit être envisagée comme la bonne

position et l'attitude fléchie à angle droit ou aigu comme la position vicieuse, pour des raisons spéciales déterminées par la profession. »

Dans son mémoire plein d'intérêt, il fait remarquer combien ses conclusions sont en contradiction formelle avec les préceptes des chirurgiens qui ont le plus particulièrement étudié le traitement de l'ankylose du coude succédant à un traumatisme; luxation ou fracture; les indications des résections orthopédiques.

Ainsi, il cite en premier lieu la vingt-unième leçon clinique de M. Kirrison, en 1890, et reproduit le passage suivant :

« La position du coude à angle droit est compatible, en effet, avec la plupart des usages du membre. Le malade peut porter la main à sa bouche, sur sa tête; il peut s'en servir pour écrire et pour la plupart des usages de la vie.

» Avec l'ankylose dans la position voisine de l'extension complète il en va autrement. La main se trouve, en effet, portée au bout d'un long levier rigide qui ne lui permet d'atteindre ni la bouche ni l'extrémité céphalique et la rend impropre à la plupart des fonctions. Aussi est-ce une raison pour ne jamais négliger dans le traitement de toutes les arthrites où l'on peut redouter la terminaison par ankylose, de placer le membre dans la demi-flexion. »

Il reproduit ensuite ces lignes de Tillaux (*Traité de Chirurgie clinique*) :

« Un point capital dans l'application de l'appareil, c'est la position à donner au membre. Or, un coude ankylosé dans la position rectiligne rend le bras presque inutile, tandis qu'ankylosé à angle droit et surtout à angle aigu, il rend encore de grands services. Si le bras est ankylosé dans la position rectiligne, quelle que soit la cause première de l'ankylose, tumeur blanche, inflammation franche ou traumatisme, -il faut

remettre le bras dans une position telle qu'il puisse être utile, c'est à dire à angle droit ou mieux à angle aigu. L'indication n'est pas douteuse ; il faut détruire l'ankylose pour ramener le bras à angle droit. »

Forgue et Reclus (*Thérapeutique chirurgicale*) classent, dit-il, parmi les « variétés d'ankyloses où l'action chirurgicale est obligée, l'extension permanente du coude », tandis qu'ils admettent que « des adultes arrivés à mi-carrière, dont la profession demande une jointure du coude plus solide que mobile, préfèrent aux probabilités d'une néarthrose leur article à angle droit, ankylosé mais utile et ayant subi une progressive éducation fonctionnelle. » Enfin, puisant dans le *Traité des résections* d'Ollier, il reproduit cette phrase au sujet de l'ankylose vicieuse : « L'indication est pressante et l'on doit opérer le plus tôt possible, dès que l'incurabilité de l'ankylose est confirmée, pour ne pas laisser s'aggraver l'atrophie musculaire. »

Après avoir reçu et appliqué ces principes, M. Boiffin, tout en convenant que l'ankylose rectiligne est incompatible avec les mouvements destinés à assurer le mécanisme de l'alimentation ou des soins personnels de l'individu, déclare « que l'ankylose rectiligne du coude, établie, doit être respectée dans certains cas ; que, dans certaines professions, le traitement des affections du coude qui peuvent entraîner l'ankylose doit envisager l'extension plus ou moins complète comme la bonne position et l'attitude fléchie à angle droit ou aigu, comme la position vicieuse, pour des raisons spéciales déterminées par ces professions. De l'attitude rectiligne résulte assurément une gêne indiscutable ; mais, il ne faut pas oublier qu'il s'agit de choisir entre deux inconvénients ou bien porter avec difficulté les aliments à la bouche, ou bien ne pouvoir continuer le métier, le métier avec lequel on peut gagner son pain. »

Je n'ai pas été convaincu par les arguments et par les observations de M. Boiffin.

D'abord, la résection du coude n'a pas en vue l'ankylose; si ce résultat doit être l'objectif lorsqu'il s'agit d'arthrites tuberculeuses, il doit être évité lorsqu'il s'agit de traiter les ankyloses consécutives à des traumatismes, à des luxations, à des fractures; dans ce cas, je crois que la néarthrose ne doit pas être redoutée, qu'elle doit, au contraire, être soigneusement recherchée. La force, la résistance peuvent être obtenues par la résection suivie de néarthrose; l'opéré que je vous présente aujourd'hui ne peut que confirmer ma ligne de conduite en 1889; je la suivrai de nouveau en semblable circonstance, suivant les préceptes d'Ollier qui dit : « Si l'ankylose orthopédique à angle droit ne doit être qu'exceptionnellement opérée, il n'en est pas de même de l'ankylose rectiligne ou à angle obtus; ici, l'indication est pressante », ainsi qu'il a été dit plus haut.

Je ne puis que vous donner le résumé de mon observation, il m'a été impossible de retrouver dans mes tiroirs les détails que j'avais recueillis à ce sujet de mon malade.

Le nommé P... (Pierre), cultivateur, âgé de vingt-deux ans, arrive au 144^e d'infanterie comme jeune soldat, en novembre 1888.

Dès les premiers jours de décembre, en permission de vingt-quatre heures, il se rendait à la gare de Cavignac en suivant la voie ferrée; pris en écharpe par une locomotive, il fut projeté au loin par le chasse-pierre.

On le releva fortement contusionné et le coude gauche broyé; traité chez lui pendant deux mois, il refusa l'amputation qui lui fut proposée.

Le 10 février, il entra à l'hôpital de Blaye, puis fut évacué sur l'hôpital militaire de Bordeaux le 26 mars, en vue d'une proposition pour la réforme.

A cette date, je trouvai le bras gauche raccourci, atrophié, dans l'extension complète et en pronation forcée; le coude, volumineux, déformé, était le siège d'une plaie ulcérée, ovalaire, mesurant ~~quatre~~ centimètres de longueur sur douze de largeur.

Il était impossible de reconnaître les extrémités articulaires, à cause de la déformation de l'article.

Résigné à conserver ce membre à peu près inutile, mais qui allait le faire rayer des cadres de l'armée, P... refusait toute intervention; je m'attachai, d'abord, à diminuer les dimensions de la plaie; la réparation se fit avec la plus grande lenteur, elle était incomplète lorsque je parvins à faire accepter la résection du coude.

L'opération fut pratiquée le 3 juin. Une première incision postéro-externe, bien que très étendue, ne me permit pas de me rendre nettement compte des désordres osseux que j'allais rencontrer; je tombai, en effet, sur des productions osseuses, de forme bizarre, se dirigeant en tous sens.

Une deuxième incision postéro-interne facilita mes recherches; je constatai que l'humérus avait été fracturé comminutivement à sa partie inférieure et que le fragment inférieur s'était soudé à peu près perpendiculairement à l'extrémité du fragment supérieur; je détruisis cette consolidation vicieuse et je me mis en mesure d'isoler, en respectant autant que faire se pouvait, le périoste, la masse osseuse constituée par la trochlée humérale, des stalactites nombreuses, l'olécrâne fracturé et vicieusement soudé au fragment inférieur du cubitus.

Ce ne fut point sans difficulté que j'obtins en deux gros morceaux la trochlée humérale; ils mesuraient quatre centimètres de hauteur; l'interne supportait une stalactite de six centimètres d'étendue, l'externe une autre stalactite se portant en avant et mesurant sept centimètres.

Du côté de l'avant-bras, l'olécrâne était séparé du cubitus, mesurant cinq centimètres de longueur et vingt-huit millimètres de largeur; sur sa face antéro-

interne s'était soudé le fragment inférieur de l'os déformé, surmonté de productions osseuses, formant des apophyses lisses et unies; il fallut, pour égaliser les surfaces, sacrifier encore un centimètre de cubitus.

Je réséquai d'autant la tête du radius pour donner aux deux os la même hauteur.

Enfin, pour régulariser la surface articulaire, j'enlevai des masses osseuses, de volume variant entre celui d'une amande, d'une noix, et des débris en grand nombre. Je mets sous vos yeux tous ces fragments qui, conservés à l'air libre, se sont effrités et ont perdu de leur volume.

Je réunis les parties molles, profondément et superficiellement, dans une grande étendue; je drainai, je pansai antiseptiquement, j'immobilisai le membre dans un appareil plâtré, que je dus renouveler dès le quatrième jour.

Cette intervention n'eut aucun retentissement général fâcheux; la guérison marcha lentement, puisque P... quitta mon service le 29 octobre seulement, encore porteur d'une petite plaie d'un centimètre de diamètre, correspondant à l'extrémité supérieure et postérieure du cubitus.

La mobilisation de l'article avait été commencée de bonne heure; c'est à dire dès que les mouvements furent supportés sans souffrance.

L'atrophie excessive du membre fut combattue par le massage et par l'électricité.

Les mouvements de flexion et d'extension étaient complets.

Mais l'humérus, privé de toute son extrémité inférieure, se luxant en dehors, je priai notre confrère, le Dr Gendron, de fabriquer un manchon protectif du bras et de l'avant-bras, coudé et permettant ainsi, en les soutenant, les mouvements de la nouvelle articulation.

Cet appareil a été mis de côté depuis longtemps et cependant P... se sert de son bras, enchanté de l'opération qu'il a subie.

Le résultat pouvait-il être meilleur après le sacrifice

si étendu des parties osseuses? Je ne le crois pas. Il eût été certainement beaucoup plus complet si l'humérus eût pu être sectionné plus bas. Alors, en effet, se serait développée une large surface articulaire humérale, ainsi que cela a eu lieu du côté de l'avant-bras et les mouvements de latéralité ne seraient pas ainsi que maintenant trop étendus.

En tout cas, P... porte la main derrière la tête, allonge, fléchit l'avant-bras sur le bras, a conservé les mouvements de pronation et de supination, se livre aux travaux les plus pénibles.

Le membre, raccourci de plus de sept centimètres, est vigoureux, il est absolument utile; il a repris à peu près toutes ses fonctions, malgré la laxité articulaire.

Lichen plan. — Présentation de malade.

M. W. Dubreuilh. Le malade que je désire montrer à la Société est intéressant, moins par la rareté de l'affection cutanée dont il est atteint que par sa grande similitude avec le psoriasis, sa localisation, sa forme et son aspect squameux. C'est du lichen plan caractérisé par des placards qui siègent aux genoux, à la face externe des jambes, au sacrum. Le diagnostic différentiel avec le psoriasis est fondé sur les papules isolées typiques, l'infiltration de la peau, le prurit, enfin la dépression et la pigmentation au centre de certains placards.

Tumeur de la cavité orbitaire. — Présentation de malade.

M. Georges Martin. Je viens vous présenter une malade atteinte d'une tumeur de la cavité orbitaire, d'un diagnostic délicat et au sujet duquel je serais désireux de connaître votre avis.

La malade, âgée de soixante-dix-huit ans, a toujours joui d'une parfaite santé et ne peut fournir aucun renseignement sur sa famille. Elle présente, à la partie supéro-interne de l'orbite gauche, une tumeur grosse comme une amande privée de son enveloppe verte. Ses

limites, en dehors et en bas, sont bien nettes; en haut et en dedans, au contraire, elles sont peu appréciables : la tumeur semble être la continuation du tissu osseux. Elle commence immédiatement au-dessus du tendon interne de l'orbiculaire, ne fait pas saillie au-devant du rebord de l'orbite et se prolonge assez profondément dans cette cavité. Elle est incolore, lisse, sans bosselure, légèrement segmentée au niveau du tendon du grand oblique, irréductible, immobile, non pulsatile, sans souffle, fluctuante dans sa partie externe, rénitente dans sa partie interne; sa densité, en effet, augmente à mesure qu'on se rapproche du rebord orbitaire. Elle n'est pas adhérente à la peau, qui est le siège d'un léger gonflement œdémateux et d'une petite cicatrice siégeant au point culminant de la tumeur et consécutive à un petit furoncle survenu, il y a quelques semaines, au déclin d'un érysipèle. Par suite de l'œdème palpébral, l'œil est moins ouvert.

La malade fait remonter le début de cette tumeur au mois de mars dernier. Le 9 avril, elle est venue à la consultation de l'Athénée et, alors, les dimensions de son mal étaient sensiblement celles d'aujourd'hui. A cette époque, ses voies lacrymales furent sondées, car elle présentait, en outre, une dacryoscystite purulente. Le cathétérisme put être effectué facilement sans incision des canalicules et fut suivi d'une injection d'acide borique qui prouva la perméabilité du conduit. Deux jours après, un érysipèle de toute la moitié gauche de la face et du cuir chevelu se déclara et se prolongea quinze à vingt jours.

Du 9 avril au 19 juin, la malade resta sans traitement oculaire; à cette dernière date, elle vint me consulter dans mon cabinet. Je constatai que l'œil, en place au mois d'avril, proéminait en avant de sept millimètres et était déjeté en dehors d'un centimètre; il se trouvait au même niveau horizontal que le congénère. Le déplacement de cet organe était récent et devait remonter, si l'on s'en rapporte au moment de l'apparition de la diplopie, à une quinzaine de jours. La mobilité de l'œil

était parfaite; la transparence de ses milieux à peu près intacte. La vision était très affaiblie, car avec le verre + 5,5 dioptries représentant le degré de son hyperopie, elle ne pouvait compter les doigts qu'à un mètre et demi; de l'autre œil, elle aurait pu les compter à cinquante mètres ($\frac{1}{2}$). Le nerf optique était blanchâtre, ses contours diffus, les veines tuméfiées, les artères rétrécies; tous ces phénomènes indiquaient une compression du nerf optique par l'extrémité postérieure de la tumeur. La vue allait en diminuant, car depuis quelques jours la diplopie était moins gênante.

L'état actuel est exactement celui du 19 juin. Les lésions présentées par la malade ne se limitent pas à celles que je viens de décrire. Les deux fosses nasales sont remplies par des masses polypeuses qui existeraient depuis trois ou quatre ans, peut-être plus. Le Dr Jeanty, qui a examiné la malade ces jours derniers, m'a remis une note relative à l'état du nez et des oreilles, note que je vais vous lire.

« L'examen rhinoscopique antérieur révèle, dans les deux narines, la présence d'énormes polypes obstruant entièrement ces cavités. A gauche, côté de l'œil affecté, le polype s'appuie fortement contre la cloison; à sa partie inférieure, il envoie un prolongement s'étendant jusqu'au plancher du nez sur lequel vient s'appuyer son extrémité. L'examen rhinoscopique postérieur n'indique rien de particulier. L'aspect des tumeurs est celui des polypes muqueux ordinaires. La respiration nasale est, pour ainsi dire, nulle. La malade est dans l'impossibilité de se moucher.

» Le prolongement inférieur du polype gauche est extrait à l'anse froide, le 26 courant, à fin d'examen micrographique. L'ablation de ce fragment, de la grosseur d'un haricot, a donné lieu à une hémorragie assez abondante, mais de courte durée.

» A la coupe, on trouve la périphérie revêtue de cellules épithéliales cylindriques; au-dessous, s'étend une couche assez épaisse de tissu conjonctif adulte. En se rapprochant du centre, on voit que la masse même de

la tumeur est composée de tissu muqueux mélangé à quelques cellules embryonnaires; mais ce qui domine surtout, c'est la présence de dilatations, véritables lacunes contenant une grande quantité de globules sanguins. Indépendamment de ces lacunes, on trouve des vaisseaux artériels et veineux qui ne présentent aucune particularité. Dans aucun point, on ne trouve de vaisseaux sans parois ou à parois embryonnaires. Le fragment examiné offre donc absolument les caractères des polypes muqueux ordinaires des fosses nasales, sans aucune trace de dégénérescence.

» Voici ce que j'ai constaté du côté de l'audition : Surdité très marquée gauche. La montre n'est pas entendue, même au contact. Cependant, le diapason (*la naturel*) est assez bien perçu, bien qu'à très *faible* distance. La transmission du son du diapason a plus de durée par voie aérienne que par voie osseuse; la transmission par voie crânienne paraît égale pour les deux oreilles. Je crois donc qu'il y a là, non une lésion de l'oreille moyenne, mais une obstruction de la trompe d'Eustache par la présence des polypes muqueux dont il vient d'être parlé. De plus, de ce même côté, le tympan est fortement déprimé; quelques insufflations de Politzer et des aspirations de la membrane ont paru amener une légère (?) amélioration. Il m'a été naturellement impossible de pratiquer le cathétérisme des trompes, vu l'obstruction des narines. »

Pour compléter l'examen, je dois dire que, au niveau du sinus frontal, on ne rencontre aucune tuméfaction et que cette région n'a jamais été le siège d'aucune douleur. J'ajoute également que la malade ne crache aucune matière ayant l'aspect de pus; qu'elle ne perçoit aucune odeur fétide pas plus que les personnes qui l'abordent et qui l'ont examinée ces jours-ci. Enfin, les ganglions de l'angle de la mâchoire sont absolument sains.

Quel diagnostic convient-il de porter? Il est évident que la rénitence de la tumeur et sa fluctuation écartent l'idée d'un ostéome, d'un enchondrome ou d'un fibrome.

La surface lisse de la tumeur et l'absence de douleurs ne permettent pas de penser à un carcinome. « Dans l'orbite, dit de Wecker, les os et le périoste donnent rarement naissance à cette production. » L'âge de la malade éloigne du diagnostic « sarcome ».

On ne peut également supposer que la tumeur eût été la conséquence de l'injection poussée dans les voies lacrymales, comme cela se rencontre parfois lorsque le liquide prend une mauvaise direction. Mes collègues Sous et Armaignac et moi, nous avons été consultés il y a quelque temps pour un tel accident. Quelques mois auparavant, à la suite d'une injection pratiquée dans une Clinique, le malade avait ressenti immédiatement une vive douleur et en même temps une tumeur orbitaire s'était produite à la partie supéro-interne de la région. Elle était également de la grosseur d'une amande et présentait de la rénitence, mais pas de fluctuation. L'étiologie en question ne peut être invoquée chez ma malade. Le liquide employé était trop peu irritant, n'avait pas fait fausse route, enfin et surtout, la tumeur préexistait à l'injection.

Par suite de l'absence de pulsation et de souffle, il convient de mettre de côté les tumeurs caverneuses et anévrysmales. La rénitence et la fluctuation pourrait faire penser à un lipome ou à une gomme. Mais, d'ordinaire, le lipome siège tout particulièrement dans l'espace pyramidal limité par les muscles moteurs de l'œil. Quant aux gommies, elles se montrent d'ordinaire à la partie inféro-externe de l'orbite et non à la partie supéro-interne; de plus, la malade n'a aucune raison pour avoir une gomme; elle n'a jamais présenté aucune lésion spécifique. Restent, parmi les tumeurs orbitaires, les kystes. Vu l'âge, on ne peut croire à un kyste congénital; et, dans notre pays, il est peu permis de porter le diagnostic « d'hydatides »; de plus, nous savons que ces productions peuvent siéger dans toutes les parties de l'orbite, sauf entre la paroi osseuse et le périoste. Si c'était un kyste orbitaire, le diagnostic le plus probable serait de « kyste de la bourse séreuse »

qui se trouve au niveau de la poulie du grand oblique.

Mais il faut penser que parfois les tumeurs de l'orbite prennent naissance au dehors de cette cavité. Vu l'absence de douleurs frontales et de crachats purulents, on ne peut croire à un empyème du sinus frontal. Il faut plutôt penser à une tumeur qui serait le prolongement du polype nasal. A vrai dire, ce diagnostic s'imposerait si le polype était fibreux. Un corps dur brise les obstacles et fait irruption dans les régions voisines. Mais un polype mou, comme celui de notre malade, peut-il écarter les os, alors qu'il a toute liberté de se développer à la partie antérieure et postérieure des fosses nasales? Malgré cette objection, c'est cette hypothèse qui me paraît la plus probable. Car, si des hydatides siégeant dans l'orbite peuvent se faire un chemin au travers de l'os planum de l'ethmoïde, une tumeur sensiblement de même consistance peut également suivre le même chemin, écarter les os et venir se produire à la partie supéro-interne de l'orbite.

M. Armaignac. La malade de M. Georges Martin est intéressante et d'un diagnostic qui m'a paru difficile il y a quelques mois et me le paraît encore aujourd'hui. Un point qu'il serait, à mon sens, important d'éclaircir de suite, c'est l'origine et le contenu de la tumeur. Une ponction exploratrice serait peut-être utile pour cela.

M. Lagrange. Contrairement à l'opinion émise par mes deux collègues, j'estime que le diagnostic de la tumeur orbitaire présentée par cette malade est relativement facile. Il existe, en effet, dans le nez une tumeur, un polype muqueux. Ce néoplasme, profond et peu mobile, envoie à la partie supéro-interne de l'orbite un prolongement ayant la même nature myxomateuse que la tumeur primitivement née dans les cavités nasales. Que ce myxome soit dans son développement devenu kystique en certains points, la chose est possible et n'a pas d'ailleurs une grande importance. Ce qu'il importe, c'est que par ses ramifications supérieures la tumeur nasale a peu à peu refoulé mécaniquement la paroi orbitaire qui menace d'éclater bientôt. Ce fait me rap-

pelle un cas analogue qu'il m'a été donné d'observer il y a quatre ans. Un malade se présentait avec de la diplopie et un exorbitisme peu prononcé. Un examen rhinologique préalable ayant constaté l'existence d'un polype muqueux des fosses nasales, je conclus à l'existence d'un refoulement de l'os planum par une tumeur d'origine nasale et en voie de développement vers la cavité de l'orbite. L'opération proposée ne fut pas acceptée du malade. La tumeur augmenta progressivement et aux phénomènes orbitaires s'ajoutèrent des vertiges trahissant l'existence d'un prolongement cérébral, probablement par l'apophyse crista galli. Cette fois le patient vint réclamer l'opération, qui fut pratiquée aussi largement que possible. La mort n'en survint pas moins six mois plus tard, précédée de phénomènes cérébraux dus, selon toute vraisemblance, à l'envahissement de la cavité crânienne par le myxome, envahissement que n'avait pas enrayé l'intervention. C'est qu'en effet, le myxome n'est pas toujours, il s'en faut, une tumeur bénigne. Souvent, au contraire, il revêt une grande malignité. Sur 60 tumeurs du nerf optique qu'il m'a été donné de réunir, 40 environ étaient de nature myxomateuse. Or, ces tumeurs sont en général malignes. Cette donnée peut, je le crains bien, trouver dans le cas actuel son application. Ce myxome nasal, en train de défoncer l'orbite, constitue une affection grave. Quel que soit le résultat de la ponction, que l'on peut toujours faire au préalable, il faudra pratiquer une opération chirurgicale aussi large, aussi complète que possible. Si elle ne peut assurer la malade contre la récurrence, elle pourra du moins procurer, comme dans le cas dont je parlais tout à l'heure, plusieurs mois, peut-être plusieurs années de survie.

M. Moure. La tumeur nasale est-elle pédiculée et mobile ?

M. Georges Martin. Non, elle présente une implantation difficile à délimiter et paraît immobile.

M. Moure. Je me rallie entièrement à l'opinion de M. Lagrange. Je crois que la tumeur nasale et la tu-

meur orbitaire sont connexes. Si elles étaient réellement distinctes, nous aurions affaire à un polype nasal pédiculé, mobile, multiple : tous caractères qui n'existent pas ici. Ce polype, unique et immobile, n'est pas un polype ordinaire. Il s'implante par une large base sur un point très élevé, probablement au niveau des cellules ethmoïdales antérieures. Dans ces conditions, la tumeur, très gênée dans son évolution, fait effort vers les cavités accessoires du nez, vers l'orbite, vers la cavité crânienne. Il faut intervenir largement et vite.

M. Georges Martin. Je suis heureux de voir l'opinion vers laquelle j'inclinais corroborée par MM. Lagrange et Moure. On débarrassera d'abord le nez de la malade. La tumeur orbitaire sera peut-être enlevée par cette voie. Dans le cas contraire, je me tiendrai prêt à agir par l'orbite.

**Intégrité du pancréas
chez une petite fille ayant succombé au diabète.
Présentation de pièces histologiques.**

M. André Moussous montre des coupes histologiques pratiquées sur le pancréas d'une petite fille morte diabétique.

La relation, dit-il, des lésions du pancréas avec certaines formes de diabète reste encore une question à l'ordre du jour.

Le diabète, assez rare pendant l'enfance, peut cependant s'y montrer et cela dès les premières années de l'existence. Il ressort de toutes les études poursuivies sur ce sujet qu'il affecte toujours à cette période de la vie des allures particulièrement graves. Les écrits de Redon, Leroux, Jules Simon, Kulz, etc., établissent chez les enfants cette sévérité spéciale de l'affection. La polyurie, la polydipsie, la glycosurie, l'autophagie sont très accusés, l'affaiblissement, l'état cachectique, la maigreur sont poussés à l'extrême. La mort survient assez rapidement, en quelques mois, un an ou deux. Elle est entraînée par les progrès de l'épuisement organique, survient dans le coma ou du fait de quelque compli-

cation : tuberculose pulmonaire, broncho-pneumonie, gangrène.

Le diabète des enfants réalise donc le type le plus net du *diabète maigre*.

Il était à présumer que les lésions du pancréas ayant été surtout signalées dans les cas graves, on trouverait l'organe le plus habituellement atteint chez les jeunes glycosuriques. Il n'en est rien cependant; l'atrophie ou d'autres états pathologiques du pancréas ne sont pas indiqués dans les diverses observations. Quant à l'examen histologique, il n'a guère été pratiqué qu'une seule fois et les résultats en ont été négatifs. Semblable intégrité du pancréas vient d'être constatée à l'autopsie d'une petite fille de douze ans qui a succombé dans mon service de l'hôpital des Enfants. L'organe offrait ses dimensions, son aspect, sa consistance normale; le cathétérisme du canal de Wirsung a été très facile et n'a permis de reconnaître la présence d'aucun calcul.

Enfin, sur les coupes histologiques pratiquées par M. Renault, un des élèves du service, le parenchyme paraît sain. Les cellules glandulaires se distinguent facilement, leurs noyaux se colorent bien. Il n'y a pas trace de dégénérescence graisseuse. Le tissu cellulaire interstitiel ne paraît pas proliféré.

Le diabète avait évolué en l'espace d'un an et demi, caractérisé par des symptômes très marqués. La soif, la faim étaient très exagérées; la quantité des urines émises chaque jour descendait rarement au-dessous de sept à huit litres et chaque litre de liquide contenait de 50 à 60 grammes de glycose. Le chiffre de l'urée était élevé, de temps à autre on découvrait un peu d'albumine. L'amaigrissement, l'anéantissement des forces était extrême; on avait, dès l'entrée de la malade, constaté l'abolition des réflexes rotuliens. Le régime et le traitement par l'arsenic, la lithine et le bromure de potassium furent impuissants à enrayer les accidents. L'enfant fut enlevée par une tuberculose pulmonaire développée dans les trois derniers mois.

La séance est levée.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1893

PRÉSIDENTE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

Lettre de M. Issoulier (de Villeneuve-sur-Lot) demandant le titre de membre correspondant de la Société et envoyant à l'appui de sa candidature sa thèse inaugurale et un mémoire manuscrit intitulé : *Calculs récidivants de la vessie chez un malade opéré deux fois par la taille hypogastrique.*

Le Conseil d'administration n'ayant aucune objection à faire à cette candidature, une Commission, composée de MM. Venot, Loumeau et Pousson, est nommée pour examiner les titres et travaux de M. Issoulier.

Prima mensis.

Les maladies le plus fréquemment observées dans le mois de juin sont : les angines herpétiques et diphtériques, le rhumatisme, la varicelle, la dysenterie, beaucoup d'affections des voies lacrymales qui suppurent et infectent la cornée, le choléra infantile, le choléra nostras, l'érysipèle de la face.

Hygiène et salubrité publiques.

M. Armaignac estime qu'il serait bon d'adresser une note à l'Administration, au sujet des abus de la rue, relativement aux fruits de mauvaise qualité jetés par les marchands ambulants et mangés ensuite par les enfants. Des troubles intestinaux graves peuvent en résulter auxquels doivent parer des mesures d'hygiène préventive.

Tumeur de l'orbite — Empyème du sinus frontal.

M. Georges Martin. La semaine dernière, je vous ai présenté une malade atteinte d'une tumeur orbitaire.

J'avais écarté le diagnostic de tumeur née sur place et émis l'idée, sous réserves, d'un polype nasal ayant fait irruption dans la cavité orbitaire. Ce diagnostic fut considéré par MM. Lagrange et Moure comme le seul vraisemblable et s'imposant à l'esprit; nos collègues portèrent même un pronostic très sérieux. J'avais examiné la possibilité d'une tumeur provenant du sinus frontal et avais écarté cette origine par suite d'absence de douleurs frontales, de crachats purulents et d'odeurs fétides. Le diagnostic d'empyème du sinus frontal était pourtant celui qu'il fallait émettre, ainsi que les faits viennent de le prouver.

Le Dr Lichtwitz, ayant entendu parler de cette maladie, fit demander, à M. Jeanty et à moi, de la lui montrer. Il inclina surtout pour une tumeur venant du sinus frontal, tout en trouvant extraordinaire l'absence d'écoulement et le prolongement en arrière de la tumeur. Il essaya de pénétrer dans le sinus, à l'aide d'une des sondes creuses qu'il vient de faire fabriquer *ad hoc*, et que je vais vous montrer. La présence du polype, gênant les manœuvres de l'instrument, le cathétérisme ne put être effectué. Le polype, implanté au-dessous du cornet moyen par un pédicule d'environ huit millimètres, fut extrait par M. Jeanty. Cette opération faite, M. Lichtwitz procéda à une nouvelle tentative de sondage qui, cette fois, fut couronnée de succès. C'est avec une grande habileté et très aisément que notre confrère a pénétré, ce matin, dans le sinus que bien des chirurgiens de notre époque considèrent encore comme insondable. L'instrument enlevé, du pus non fétide s'écoula de la narine. M. Lichtwitz, la sonde remplacée, injecta une solution phéniquée et chassa ainsi de l'intérieur du sinus environ 30 grammes de pus, qui, passant par le petit espace laissé libre à côté de l'instrument, se déroula dans la cuvette sous la forme de vermicelle, forme qu'il présente encore, comme vous pourrez le constater. A mesure que le pus fut chassé au dehors, la tumeur orbitaire s'affaissa en partie; et, ce qui prouve que l'instrument était bien parvenu dans le sinus, c'est

que, toutes les fois qu'on injectait le liquide, la tumeur se reproduisait pour se vider à chaque aspiration.

Comme vous allez le constater, la tumeur n'a pas entièrement disparu; la partie interne existe encore et persistera très probablement, car elle est constituée par la paroi osseuse du sinus faisant saillie du côté de l'orbite; le doigt sent sous la peau un bombement avec des aspérités circonscrivant l'ouverture de communication, le tout rappelant la forme d'un cratère. L'œil est moins saillant et moins dévié par rapport à la ligne médiane, dont il s'est rapproché d'environ trois millimètres. La vision est toujours sensiblement aussi faible.

Vous le voyez, le diagnostic est actuellement certain: il s'agit d'un empyème du sinus frontal ayant pénétré dans l'orbite. L'empyème a-t-il été primitif ou est-il survenu consécutivement au polype dont la masse aurait obstrué l'ouverture du sinus? C'est cette dernière supposition qui paraît la plus réelle, puisqu'il y a des polypes dans les deux fosses nasales. Le pronostic doit être réservé, car le pus peut avoir altéré la paroi supérieure du sinus en rapport direct avec le cerveau. Aussi, convient-il de tarir le pus le plus rapidement possible et de prendre les plus grandes précautions en poussant l'injection. Je ne pense avoir recours à une opération du côté de l'orbite que si les injections nasales viennent à paraître insuffisantes. Des incisions, pratiquées à l'heure actuelle, pourraient être suivies d'érysipèle par suite de la présence du streptococcus dans le pus. Il y a lieu de se demander maintenant si l'érysipèle, qui s'est déclaré le surlendemain du sondage des voies lacrymales, n'a pas été provoqué par une égratignure de la muqueuse en contact avec cet élément microbien.

Ce fait montre que le diagnostic de l'empyème du sinus frontal, même accompagné de tumeur orbitaire, est parfois difficile et qu'il y a des formes tout à fait frustes. L'hypersécrétion nasale, signe considéré comme constant par les auteurs les plus modernes, peut quelquefois faire défaut; il en est de même de la céphalalgie frontale. Il est réellement curieux que ce

symptôme, dû d'ordinaire à la rétention du pus, ait été absent dans un cas où la rétention semble avoir réellement existé. L'éclairage électrique du sinus, vu les différences individuelles dans l'épaisseur des os, est lui-même incapable de renseigner sûrement: chez cette malade, on n'a constaté aucune différence dans la transparence des deux sinus. Le cathétérisme est donc le seul moyen de diagnostic, et encore faut-il, avant de conclure négativement, être certain d'avoir pénétré dans l'ouverture du sinus. Fort heureusement que le sondage de cette cavité est plus facile dans les cas morbides que chez les sujets sains; la sensibilité de la muqueuse y est moindre et l'ouverture plus grande.

Impotence fonctionnelle. — Présentation de malade.

M. Delmas fait la communication suivante :

J'ai observé, à ma Clinique hydrothérapique de Saint-André, une jeune malade atteinte d'une affection contractée en fabriquant des clissages métalliques servant à envelopper les bouteilles.

Depuis les remarquables cliniques de Duchenne (de Boulogne) sur les affections nerveuses et musculaires traitées par l'électrisation localisée (faradisation) et remontant à 1851, on sait qu'un travail musculaire isolé et répété amène parfois des troubles fonctionnels souvent incurables ou tout au moins très difficiles à améliorer, encore plus à guérir.

La crampe des écrivains est le type le plus connu et le plus fréquent de ces troubles. Sa description minutieuse a servi de base à l'étude de toutes les maladies analogues professionnelles. Duchenne en a publié des cas fort intéressants. Nous en avons signalé un certain nombre, dont un sous le titre de *crampes des ouvriers tailleurs se servant de l'aiguille*. Le sujet fut présenté à la Société de Médecine en 1864. Il a fini par guérir à l'aide de la médication hydrothérapique

reprise pendant trois années consécutives et secondée par l'abandon momentané de la profession.

Il est vrai que, dans ce cas tout à fait exceptionnel comme résultat, il y avait des antécédents rhumatismaux accusés, n'ayant pas été étrangers au développement de la maladie et surtout à son caractère moins rebelle.

Nous avons observé d'autres crampes professionnelles, notamment chez un flûtiste, limitées à l'extenseur de l'annulaire de la main gauche. Chez une étireuse de linge dans une blanchisserie, les fléchisseurs propres et communs des doigts de ses mains se contracturaient sous l'influence des efforts saccadés développés pour tendre le linge. Une jeune fille, ayant travaillé d'une façon très exagérée à la machine à coudre, fut prise, au bout de quelques mois, de contracture généralisée à tout le membre inférieur droit. Nulle au repos, cette contracture reparaisait au travail et s'accompagnait de douleurs ascendantes et d'un point rachidien laissant craindre une irradiation médullaire menaçante.

Cette dernière malade et la précédente ont parfaitement guéri. Le flûtiste a obtenu un soulagement passager, mais disparaissant au moindre excès de travail.

Dans ces troubles *professionnels*, on observe tantôt la forme spasmodique, mouvements choréïques ou rythmés, d'autres fois de la contracture ou de la paralysie passagère.

Tandis que spasmes ou contractures se confondent souvent chez le même sujet et constituent la forme complexe la plus fréquente, la forme paralytique isolée est bien plus rare.

Aussi, Grasset (de Montpellier) faisant ces distinctions comme Duchenne, dit-il avec raison, que la maladie pouvant être tour à tour un spasme, une

contracture ou une paralysie, le mot *impotence*, en y ajoutant l'épithète *fonctionnelle*, embrasse dans un titre commun ses nombreuses variétés.

La jeune malade que nous avons l'honneur de vous présenter a seize ans. Elle est très nerveuse, impressionnable, avec légers attributs hystériques : ovaralgie, boucle et clou sincipital. Elle est clisseuse en enveloppes métalliques pour bouteilles. Travaillant aux pièces, elle est obligée de se surmener pour gagner sa vie.

Son travail de clissage consiste à saisir les fils métalliques qu'elle doit nouer en les tressant, à l'aide de ses deux médus bien allongés et raidis. L'effort musculaire principal porte sur eux. Peu à peu, elle ressent de la fatigue dans ces deux doigts, puis dans la main et les membres supérieurs. Veut-elle continuer, un malaise, une lassitude générale envahit tout son corps et l'oblige à suspendre tout travail. Elle s'aperçoit alors que ses deux médus sont immobiles, à demi fléchis, n'obéissant plus à sa volonté, inertes et sans aideur accusée. Pendant un moment, il lui est impossible de les redresser.

Se remet-elle au travail, ces phénomènes successifs se reproduisent plus ou moins rapidement, dans le même ordre, selon que le repos a été plus ou moins prolongé ou que les mouvements sont plus précipités pour rattraper le temps perdu.

Il n'y a jamais eu ni contracture ni tremblement et la sensibilité cutanée paraît intacte; il n'existe que les symptômes hystériques légers signalés. A ce titre, le fait méritait d'être présenté à la Société, car la forme paralytique, nettement isolée, est la plus rare.

Depuis quelques jours, cette jeune fille est soumise à la médication hydrothérapique; l'effet sur sa santé générale est accusé et son affection étant récente, on

peut espérer encore la guérison à l'aide de ce traitement, efficacement secondé par l'emploi des courants continus, induits et le repos, ou mieux encore par l'abandon de la profession. La jeune fille travaille aujourd'hui dans une papeterie.

Des faits d'impotence professionnelle et s'offrant dans des conditions analogues favorables, nous ayant donné quelques succès, nous autorisent à porter pareil pronostic encourageant dans ce cas.

Ces conclusions thérapeutiques sont importantes à formuler et surtout à bien asseoir d'une façon motivée. Duchenne a donné des conclusions presque désespérantes sur ces maladies professionnelles. Sur 32 cas notés, il a échoué chez 30 malades avec l'emploi seul de la faradisation cutanée et musculaire localisée.

Dans les deux seuls cas guéris, il existait des troubles anesthésiques cutanés locaux. Dans l'un, il s'agissait d'une jeune fleuriste, malade depuis quelques mois seulement, et dans l'autre, d'un jeune homme surmené par le travail et ayant offert des accidents divers, très probablement de nature hystérique. Notre malade semble rentrer dans la même catégorie.

Aussi, le consciencieux praticien soupçonna-t-il que, dans ces deux cas, la crampe professionnelle n'était pas de même nature, en raison du succès rapide obtenu et des symptômes concomitants.

Mais les études de thérapeutique de Duchenne remontent à 1851 et elles étaient limitées à l'emploi exclusif de la faradisation localisée. L'application des courants continus combinés aux courants induits et à l'électricité statique, sous des formules moins étroites et l'usage de la médication hydrothérapique, secondée par celui d'agents neurasthéniques puissants, ont donné quelques guérisons ou assez souvent des améliorations satisfaisantes.

Simple présentation d'une malade intéressante à

observer, le temps nous a fait défaut pour grouper quelques autres cas d'impotence professionnelle et nous avons dû seulement faire appel à nos souvenirs.

Nous ne nous étendrons pas non plus sur la pathogénie de l'affection. Considérée par quelques-uns comme une maladie locale musculaire ou à lésion nerveuse périphérique ascendante, aujourd'hui prédomine la doctrine, déjà émise par Duchenne avec réserve, que la lésion pourrait être purement nerveuse et d'origine centrale.

L'évolution de quelques-uns des cas observés nous porte à admettre les deux hypothèses, selon les circonstances. Mais un hasard heureux permettra seul de bien connaître les lésions anatomiques de cette maladie fonctionnelle, importante à étudier en raison même de la gravité de son pronostic dans la majorité des cas.

Angiome kératosique. — Présentation de malade.

M. R.-Saint-Philippe montre à la Société un enfant atteint d'une affection semblable à celle dont *M. W. Dubreuilh* a présenté, il y a quelque temps, un spécimen à la Société. Il s'agit de la lésion très étudiée par *Mibelli*, *Pringle* et par notre distingué confrère *W. Dubreuilh*. Elle est caractérisée par l'existence aux extrémités, aux doigts, de petites élevures allongées, lie de vin, rugueuses, de consistance cornée, disparaissant par la pression. Chez le malade actuel, âgé de douze ans, la maladie a été précédée d'engelures, fait noté par *Pringle*. Il existe, en outre, une légère impuissance fonctionnelle du pouce droit. Peut-on l'attribuer à l'existence d'une névrite? Y aurait-il ici une lésion identique à l'asphyxie locale des extrémités? Aujourd'hui les engelures ont disparu. Reste seulement l'angiome kératosique.

M. W. Dubreuilh. Le fait présenté par *M. R.-Saint-Philippe* est classique à cela près que, chez ce malade,

contrairement à l'ordinaire, les petites élevures sont très abondantes à la paume de la main et sur le pouce, point où les engelures sont généralement très rares.

Variations de l'urée après les opérations.

M. Sous lit le travail suivant :

A la séance du 29 mai dernier, M. Guyon a communiqué à l'Académie des Sciences un travail de M. Just Championnière sur les modifications de l'excrétion de l'urée après les grandes opérations.

« Quel que soit le taux primitif de l'urée dans l'urine, dit M. Just Championnière, ce taux augmente dans d'extraordinaires proportions. C'est du premier au troisième jour après l'opération que se produit cette augmentation. Le maximum est ordinairement atteint le troisième jour, quelquefois le second. Cette élévation est d'autant plus remarquable, qu'à ce moment, on ne pourrait la mettre sur le compte des *ingesta*. L'opéré que je soigne est toujours à la diète pendant cette période. Il est commun que le taux de l'urée soit triplé, il est souvent doublé. Si le chiffre était bas, il peut être proportionnellement énorme. Je l'ai vu passer de 5 à 25 grammes. Dans un cas de chiffre premier plus normal, j'ai vu chez une femme, après une fixation de l'utérus à la paroi abdominale, le chiffre de l'urée excrétée passer de 13 grammes à 45 grammes le troisième jour. »

Cette citation est un peu longue, mais j'ai tenu à la reproduire textuellement, telle qu'elle se trouve dans les *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*.

D'après M. Just Championnière, l'urée augmente après une opération, le malade restant à la diète. La quantité d'urée devient double et même triple et le maximum est atteint le second ou le troisième jour. Tels sont les faits observés par l'auteur. Je ne veux pas en contester l'exactitude, au contraire, je les

accepta tels qu'ils sont donnés. En les signalant, je me borne pour le moment à en prendre note.

De ce travail, passons à un autre qui fut communiqué par M. Prat à la Société des Sciences physiques de Bordeaux dans la séance du 13 décembre 1866, sous le titre : *Dosage de l'azote*.

Dans ce travail, publié dans les *Mémoires de la Société des Sciences physiques de Bordeaux*, année 1867, page 72, on lit les lignes suivantes :

« M. le Dr Sous, s'associant à mon idée, voulut savoir si les diverses opérations qu'il pratique si souvent sur les yeux étaient susceptibles de diminuer ou d'augmenter la quantité d'azote dans les urines de ses opérés de cataracte d'abord. Il me fit envoyer, à cet effet, l'urine émise avant l'opération, afin de pouvoir comparer les résultats obtenus avec ceux de l'urine des six ou huit jours après l'opération. Je dois me borner à rapporter ce qui se rattache à la question de la proportion d'azote trouvée. Nous avons trouvé que cette proportion augmente toujours assez considérablement dès le lendemain de l'opération et bien plus encore jusqu'au troisième jour, tandis qu'elle diminue dès le quatrième. Ainsi sur les urines de huit opérés de cataracte :

» 5 grammes d'urine normale..	11 divisions d'azote.	
— après l'opération.	20	— augmentation au maximum.
» 5 grammes d'urine normale..	17	—
— après l'opération.	75	— augmentation au maximum.»

Si, pour comparer ces résultats avec ceux signalés par M. Just Championnière nous calculons le chiffre d'urée par litre d'urine d'après les quantités d'azote mentionnées par M. Prat, suivant son appareil, nous voyons que l'urée varie de 6 gr. 648 à 44 gr. 10.

Par ce travail antérieur à celui de M. Just Cham-

pionnière, nous voyons que les résultats sont les mêmes.

M. Just Championnière a constaté des minima de 5 grammes et des maxima de 45 grammes. Quant à nous, nous avons trouvé 6 grammes et 44 grammes.

M. Just Championnière a observé que le maximum se présentait au troisième jour, nous avons fait la même observation.

On voit, par là, que ces deux travaux, publiés à vingt-sept ans d'intervalle, se corroborent et se confirment l'un l'autre.

La question de priorité serait très facile à établir. Il n'y a pas lieu de la discuter. Elle s'impose par des dates authentiques. Pour le moment, bornons-nous à constater qu'après les opérations de cataracte, comme après les grandes opérations observées par M. Just Championnière, la marche est la même, les symptômes sont identiques, l'excrétion de l'urée suit la même loi d'augmentation.

Quelle est la raison de cette augmentation? Je l'ai cherchée, mais je ne l'ai pas trouvée.

Dans un cas, l'urée avait passé de 12 grammes avant l'opération à 44 grammes au troisième jour après; une ophtalmie intense, survenue dès le soir de l'opération, me fit recourir aux émissions sanguines, douze sangsues derrière l'oreille, purgatifs. L'inflammation dura près d'un mois et cependant l'acuité de la vision fut normale avec une lentille convexe. Ce cas, le premier dont j'observai la marche de l'urée, me porta à croire qu'une grande augmentation de l'urée pourrait être le signal d'un pronostic favorable, malgré l'intensité des symptômes inflammatoires. C'est dans ce sens que les recherches furent faites, mais ce cas fut le seul. Des résultats aussi brillants furent obtenus avec une augmentation proportionnellement moins élevée. Ne trouvant pas dans l'examen des urines et dans le

dosage de l'urée un élément de pronostic sur lequel j'avais fondé quelques espérances, je ne continuai pas mes expériences, mais mes notes restent et je peux y puiser quelques données pour étudier à nouveau la question et examiner la valeur des opinions émises par M. Just Championnière.

Dans les cas que j'ai observés, sauf quelques-uns qui feront l'objet d'une mention spéciale, mes opérés de cataracte ont été soumis au régime suivant : le jour de l'opération, bouillons, potages; le lendemain, bouillons, potages, œufs; le deuxième jour, bouillons, potages, poisson; à partir du troisième jour, je permettais l'usage de la viande.

Dans tous ces cas, à l'aide de l'appareil imaginé par M. Prat, l'urée fut calculée par le dosage de l'azote contenue dans l'urine rendue le matin au réveil à partir du jour de l'opération et pendant sept à huit jours. Voici ce que nous avons constaté dans tous les cas sans exception : la quantité d'urée augmente graduellement jusqu'au troisième jour après l'opération, puis elle diminue progressivement et, au septième ou au huitième jour au plus tard, elle est au même taux qu'avant l'opération.

Ainsi, par exemple, un malade est opéré le dimanche : le lundi, augmentation de l'urée; le mardi, le taux est plus élevé que la veille; le mercredi, le maximum est atteint. A partir du jeudi, la quantité diminue rapidement de jour en jour, et le samedi ou le dimanche au plus tard, la quantité d'urée est ce qu'elle était avant l'opération.

Cette marche est constante et régulière. Le coefficient de l'augmentation peut varier d'un sujet à l'autre, mais il n'en existe pas moins. Il y a là une loi absolue qui régit tous les cas, quelle que soit la condition dans laquelle se trouve l'opéré, qu'il soit mis à la diète ou largement alimenté, qu'il soit tranquille et

immobile dans son lit, ou qu'il continue ses occupations habituelles, qu'il y ait une réaction inflammatoire intense, modérée ou nulle.

Quelle est la cause de ce phénomène?

Pour M. Just Championnière, l'élévation du taux de l'urée serait une conséquence directe de l'opération et non de l'alimentation, car tous ses malades étaient à la diète. Elle pourrait être expliquée par l'ébranlement du système nerveux, par la résorption des épanchements sanguins et surtout par la résorption des éléments anatomiques compromis par le traumatisme.

Examinons la valeur de chacune de ces données.

Si je m'en rapporte aux faits que j'ai observés, l'alimentation ne joue aucun rôle dans la marche ascendante de l'urée.

X..., alcoolique et atteint de cataracte, avait 13 grammes d'urée le matin de l'opération. Dans l'après-midi, il est pris de délire, il enlève son bandeau, s'agite, se lève; je lui fais prendre un petit verre de cognac et je prescris une alimentation animale abondante. La nuit est bonne. Le lendemain, urée 20 grammes, même alimentation et cognac. Le deuxième jour, urée 35 grammes. Le troisième jour, urée 38 grammes. Les jours suivants, l'urée diminue graduellement.

Ce malade n'a pas été soumis au même régime alimentaire que les autres et l'augmentation de l'urée a suivi la même marche. De là, la conclusion que l'alimentation est sans influence sur la progression observée.

Quant à la résorption des épanchements sanguins, c'est une cause à éliminer après les opérations de cataracte. Elle pourrait être vraie après les grandes opérations, mais elle ne saurait être invoquée dans les cas d'extraction du cristallin.

L'ébranlement du système nerveux pourrait être

invoqué, mais avec beaucoup de réserves en ce qui concerne la pratique oculaire.

Si l'ébranlement du système nerveux joue un rôle, c'est par les préoccupations du malade, par les craintes de l'opération, par l'incertitude du succès, plutôt que par le traumatisme qui est de peu d'étendue dans une extraction du cristallin.

Le fait suivant démontre que l'ébranlement du système nerveux peut produire autre chose que l'augmentation de l'urée.

Un homme de la campagne, très timoré, avait à l'œil gauche une cataracte complète et à droite des stries opaques qui avaient réduit l'acuité de la vision à $\frac{1}{4}$. L'opération que je lui conseille est refusée. Plus tard ayant les deux cristallins opaques et ne pouvant se conduire, il se résigna à laisser opérer un œil, non sans de nombreuses difficultés et sans de grandes hésitations. L'extraction est faite à gauche et la toilette de l'œil à peine terminée, il est pris de tremblement nerveux. Comme il n'avait pas éprouvé les douleurs intolérables auxquelles il s'attendait, il fut convaincu que l'opération avait été seulement commencée, non achevée et différée à cause de son tremblement. Il fut triste et chagrin. Il est persuadé qu'il est destiné à vivre aveugle et qu'il ne pourra jamais être opéré convenablement. Avant l'opération, urée 10 grammes. Le lendemain, urée 18, sucre 2 grammes. Le deuxième jour, urée 32, sucre 6. J'enlève le bandeau, je lui fais constater qu'il y voit clair et qu'il a été opéré complètement. Il est rassuré et content. Troisième jour, urée 40, sucre 3. Quatrième jour, urée 29, sucre 0. L'urée diminue graduellement de jour en jour.

A mon avis, voilà un malade qui devient diabétique sous l'influence de préoccupations morales, sous l'influence du chagrin, et le diabète disparaît quand le calme moral est rétabli, quand le malade a la certitude qu'il a été opéré et qu'il ne sera pas aveugle.

La résorption des éléments anatomiques compromis par le traumatisme paraît à M. Just Championnière la principale cause. Je ne serais pas éloigné de croire à l'influence de cette cause, quoiqu'il me soit difficile de la trouver dans les cas d'extraction du cristallin. Ici, nous savons bien quels sont les éléments compromis par le traumatisme, cornée sectionnée, capsule du cristallin ouverte, mais les éléments compromis ne sont pas absorbés, la cornée reste et la capsule aussi, à moins qu'on n'ait extrait le cristallin dans sa capsule. Il n'en est pas de même dans les cas de discission du cristallin, là il y a résorption de cet organe, résorption de l'élément anatomique compromis par le traumatisme, comme le dit M. Just Championnière.

Je n'ai observé qu'un seul cas qui paraîtrait venir à l'appui de cette opinion.

Une femme, âgée de vingt-huit ans et faisant des journées, avait depuis longtemps une cataracte molle à l'œil droit. La pupille était dilatée et immobile. Cet œil ne percevait aucune sensation de lumière, il était complètement amaurotique. Dans un but cosmétique, la malade désirait être débarrassée de cette maladie, mais ayant besoin de pourvoir à son existence, elle demandait à être guérie sans abandonner un seul moment ses occupations habituelles. Dans ces conditions, je pratiquai la discission de la capsule, ce qui permettait à la malade de ne rien changer à son *modus vivendi*. Avant l'opération, urée 11 grammes. Le lendemain, urée 13. Le deuxième jour, urée 14; le troisième jour, urée 15. Le quatrième jour, urée 14, etc. Pendant ce temps, pas le moindre travail de résorption du cristallin. Un mois après, nouvelle discission de la capsule beaucoup plus étendue que la première. Avant cette seconde opération, urée 10 gr. 50. Le lendemain, urée 15 grammes. Le deuxième jour, urée 25 grammes. Le troisième jour, urée 27. Le quatrième, urée 24, etc. Le cristallin se gonfle et se résorbe graduellement.

Dans ce cas, légère augmentation de l'urée et pas de travail de résorption du cristallin. Après une seconde disscission, le cristallin se résorbe et le taux de l'urée augmente dans une plus grande proportion.

De prime abord, ce cas paraît venir confirmer l'opinion de M. Just Championnière. Cependant, on me permettra de faire une objection. Si la résorption est la cause de l'augmentation de l'urée, comment se fait-il que l'urée cesse d'augmenter à partir du quatrième jour, alors que le travail de résorption continue? Chez cette femme, la résorption s'effectua pendant un mois environ et, au huitième jour après l'opération, le taux de l'urée est revenu ce qu'il était avant.

Après avoir examiné successivement toutes les causes invoquées par M. Just Championnière, je crois qu'il y a lieu d'étudier encore la question. Elle n'est pas résolue et nous ignorons comment après une opération grave ou légère, chez un malade à la diète ou continuant son même genre de vie, l'urée augmente pendant trois jours pour diminuer ensuite, alors que les accidents du traumatisme évoluent en bien ou en mal.

M. Vergely. Le travail de M. Sous est plein d'intérêt. Il vise un sujet très délicat, encore à l'étude et soulève une question de physiologie très élevée.

Dans les antécédents du malade, il serait important de relever un examen approfondi des urines, le chiffre exact de l'urée et des différents principes contenus dans l'urine, l'état de la glande hépatique, les modifications digestives survenues dans les jours qui ont précédé l'opération. Des expériences faites par Roger, un élève de Bouchard, ont bien montré le rôle du foie sur l'augmentation de l'urée. Une irritation périphérique en influençant le bulbe peut, par réflexe, amener une excitation vaso-motrice du foie et aboutir à une production anormale du sucre ou de l'urée. Cette irritation

réalise alors l'expérience de la piqure du plancher du quatrième ventricule. Du côté de l'œil, organe à innervation si abondante, le même phénomène peut se produire. Irritation centripète allant frapper le bulbe et se réfléchissant par les vaso-moteurs sur l'organe hépatique pour y produire une augmentation d'urée et de la glycosurie.

Je regrette de n'avoir pas vu rechercher chez les malades de M. Sous la présence dans les urines de l'urobiline et de l'indican.

M. Georges Martin. Je désire envisager deux points dans l'interprétation à donner aux faits de M. Sous.

C'est d'abord l'effet moral qui accompagne souvent l'opération. A ce propos, je rappellerai un exemple bien frappant, celui d'un de mes jeunes parents mordu par un chien il y a quelques années. L'enfant fut très vivement impressionné par cet accident. Il s'ensuivit, par action réflexe, dans l'œil du côté mordu, un spasme ciliaire qui engendra un astigmatisme cornéen de 2 dioptries que j'eus, d'ailleurs, le bonheur de guérir. C'est le premier cas de guérison d'astigmatisme. Les urines ont été examinées avant la morsure, le jour même et le lendemain. L'analyse, faite avec un soin et une compétence irréprochables, ne révéla aucune modification dans les éléments ni la quantité de l'urine émise à la suite de cet accident. Pourtant ici l'effet moral fut aussi puissant, aussi profond que possible.

J'en viens maintenant à l'influence de l'acte opératoire lui-même. Il s'agit d'un diabétique auquel je dus pratiquer une opération. Les urines contenaient du sucre avant l'opération et n'en renfermaient plus pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'intervention. Le sucre reparut ensuite au même taux qu'à la période préopératoire.

De ces deux faits, qui me sont personnels, résulte nettement l'influence négative tant de l'effet moral que de l'acte opératoire sur l'état des urines.

M. Dubourg. Je me demande si en supprimant les tumeurs organiques susceptibles d'amener par leur retèn-

tissement sur la santé générale une diminution exagérée de l'urée, on ne peut pas arriver à rendre à l'urée son taux normal.

Je me trouvais, il y a quelques mois, en présence d'un cancer du col utérin ayant, chez une femme de trente-quatre ans, amené une diminution de l'urée. Je pratiquai l'hystérectomie vaginale en novembre 1892. Bien qu'ayant empiété sur le cul-de-sac latéral droit du vagin, la tumeur put être enlevée sans trop de difficultés. Quelques semaines plus tard, il existait au fond du vagin une fistule urinaire qui me parut être, après l'épreuve des injections colorées dans la vessie, une fistule de l'uretère droit. A cette fistule urétéro-vaginale, vinrent bientôt s'ajouter les symptômes très douloureux d'une tumeur rénale du même côté. Sans doute, il y avait eu destruction partielle de l'uretère par le néoplasme ou par l'opérateur et infection ascendante ayant amené à travers le conduit urétéral, un néoplasme du rein. L'indication était nette : la néphrectomie supprimerait du même coup la tumeur et la fistule. La néphrectomie, pratiquée le 2 mars dernier par la voie lombaire, permit d'enlever un gros rein atteint de pyonéphrose. L'examen des urines, pratiqué le 24 février, avait révélé la présence de 5 grammes d'urée par litre (environ 900 grammes d'urine par vingt-quatre heures) et quelques corpuscules de pus. Après l'opération, la quantité quotidienne d'urine oscilla de 7 à 800 grammes pendant les trois premiers jours. Les 5, 6, 7 et 8 mars, les urines diminuèrent et tombèrent à 250, 200 et 240 grammes, diminution qui coïncida avec une petite crise d'urémie (céphalalgie, vertiges, éblouissements, yeux enfoncés dans l'orbite, etc.). Le 9, après quelques purgatifs légers et la diète lactée absolue, la malade se remit complètement et l'urine des vingt-quatre heures dépassa un litre. Le 10, la quantité des urines atteignait 1,200 grammes; le 11, deux litres; le 12, 2,800 grammes; le 13, 1,900 grammes; le 14, 1,850 grammes; le 15 et le 16, 1,950 grammes; le 17, 3,500 grammes; le 18, deux litres; le 19, trois litres.

A chaque examen quotidien, l'urine contenait 10 grammes d'urée par litre.

En résumé, avant l'hystérectomie et la néphrectomie, il y a une diminution notable de l'urée. Après la néphrectomie, une fois le choc post-opératoire passé, le rein laissé se met à suppléer le rein enlevé; la quantité d'urine émise et d'urée excrétée redevient normale. Que conclure de ce fait, sinon que le taux de l'urée diminué par la présence d'une double lésion organique est rendu à l'état physiologique une fois cette lésion supprimée?

L'opération, en ce cas, ne fait donc que supprimer la cause même de la déchéance, source elle-même de la diminution de l'urée. Cette source de déchéance, une fois disparue, grâce à l'intervention chirurgicale, l'urée recouvre ses quantités ordinaires.

M. André Moussous. Je ne crois pas qu'on puisse comparer le fait de M. Dubourg à ceux de M. Sous.

M. Vergely. Comme M. André Moussous, j'estime que ces faits ne sont nullement comparables. Et d'abord, je dirai que les faits émis par Crocq (de Bruxelles) à l'appui de la diminution de l'urée chez les cancéreux sont controuvés. Cette diminution de l'urée chez les cancéreux, comme chez les cachectiques, comme chez les vieillards, est simplement due à la diminution, à l'insuffisance de l'alimentation. Cela est si vrai, que chez ces mêmes cachectiques le taux de l'urée est normal lorsque les malades mangent encore et se nourrissent suffisamment.

Je ne veux pas prétendre que l'observation de M. Dubourg ne soit absolument remarquable, mais je ne vois entre cette observation et celles de M. Sous aucune comparaison possible. L'observation si nette et si positive de M. Sous n'est en aucune façon infirmée par les faits négatifs émis tout à l'heure par M. G. Martin.

M. Sous. Le cas que vient de nous citer M. Dubourg est sans aucun doute très intéressant, mais il n'a aucune analogie avec ceux que j'ai observés. Il ne peut donc leur être comparé.

M. Vergely aurait désiré une analyse d'urine plus

complète, comportant la recherche de tous les éléments normaux ou pathologiques que ce liquide peut contenir. Les recherches n'ont pas été faites dans ce sens. Lorsque j'ai recueilli mes observations, l'azote a été la base exclusive et l'unique but de nos recherches. Il ne faut pas oublier que ces observations ont été faites à une époque où les instruments et les procédés permettant une analyse rapide et complète de l'urine n'étaient pas ce qu'ils sont aujourd'hui.

M. Dubourg. Je n'ai rien voulu comparer. J'ai seulement tenu, à propos de la communication de M. Sous sur les variations de l'urée après les opérations, à présenter le fait qui m'est personnel et dont je crois superflu de souligner l'intérêt clinique.

La séance est levée.

SEANCE DU 21 JUILLET 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

Lettre de M. le Secrétaire général du Congrès international de Rome demandant que la Société veuille bien désigner des délégués;

Lettre de M. le Président de l'Association française pour l'avancement des Sciences relative au vingt-deuxième Congrès qui se réunira à Besançon du 3 au 10 août prochain.

Aphasie transitoire neurasthénique. — Présentation de malade.

M. Régis présente un jeune homme de dix-huit ans, offrant les stigmates physiques et mentaux de la neu-

neurasthénie pubérale, en particulier les crises émotives, les obsessions anxieuses, l'aprosopie, etc., qui a éprouvé une dizaine de fois, il y a quelques mois, des phénomènes curieux d'aphasie transitoire, rapportés tout d'abord à une tumeur cérébrale, sans trouble psychique ou somatique concomitant. Passant en revue les divers états morbides dans lesquels peut se rencontrer ce phénomène, notamment les lésions organiques du cerveau, les intoxications, surtout l'épilepsie et l'hystérie, M. Régis conclut en fin de compte, en se basant à la fois sur la prédominance marquée des stigmates neurasthéniques chez le sujet et sur les caractères de ses crises d'aphasie transitoire, essentiellement émotives dans leurs allures, que cette aphasie transitoire n'est elle-même, chez lui, qu'une manifestation de la neurasthénie. Cet accident ne paraît pas encore avoir été signalé dans cette névrose; cependant, le professeur Ball a publié, en 1882, sous le nom d'*ischémie cérébrale fonctionnelle*, un certain nombre de cas de mutisme brusque et passager, dont quelques-uns peuvent être rapportés à la neurasthénie, encore mal connue à ce moment sous son étiquette actuelle, et qu'il attribuait à un spasme localisé, à une ischémie circonscrite des vaisseaux de l'encéphale. Quoi qu'il en soit, il reste acquis, pour M. Régis, que la neurasthénie peut donner naissance à de l'aphasie transitoire, et il importe de connaître le fait et de savoir le distinguer pour éviter, comme ici, d'importantes erreurs de diagnostic et de pronostic.

M. Armaignac. Au cas si intéressant rapporté par M. Régis, je pourrais ajouter un fait qu'il m'a été donné d'observer sur un de mes camarades d'enfance. A l'âge de douze ans, il fut pris d'une aphasie subite qui persista vingt-quatre heures et disparut ensuite sans laisser la moindre trace. En même temps existait une phobie toute spéciale qui dura jusqu'à l'âge de vingt ans. Ce jeune homme, d'ailleurs bien constitué et aussi courageux le jour que tous ses condisciples, était pris, chaque soir, avant de se coucher, d'une invincible appréhension

qui l'obligeait à regarder sous son lit pour bien s'assurer que personne n'y était caché. Ce trouble a complètement cessé depuis la vingtième année. Aucun phénomène nerveux ne s'est fait sentir par la suite.

M. Delmas. Le malade que vient de nous présenter notre collègue est fort intéressant. Il nous en rappelle un autre analogue recueilli au début de notre pratique. A cette époque lointaine (1861), l'expression *aphasie* était à peine créée par Broca. On connaissait fort mal la névrose désignée sous les noms communs de *nervosisme*, *névropathie*, aujourd'hui nous dirions *neurasthénie*, et l'étude approfondie d'un malade était fort difficile.

Le nôtre, un homme de quarante ans environ, était pris tout à coup d'un mutisme complet passager, sans rien perdre de sa lucidité d'esprit. Pendant ce singulier état, d'une durée variable de quelques minutes à une demi-heure, sa langue était embarrassée et il éprouvait une angoisse inexprimable. Plus il voulait parler, moins il y parvenait. Puis, graduellement, ces phénomènes nerveux disparaissaient sans laisser de traces.

Craignant une lésion cérébrale, nous hésitâmes beaucoup au début dans la direction du traitement hydrothérapique. Mais la répétition fréquente de ces accidents, sans suites fâcheuses, finit par nous rassurer et, à la longue, le malade guérit, fournissant ainsi la preuve qu'il ne s'agissait que d'une simple névrose.

M. Georges Martin. Je connais le malade de M. Régis depuis quelques années. Il était venu me consulter pour une myopie compliquée d'astigmatisme et d'insuffisance musculaire; j'avais ordonné les verres appropriés.

Cette année, à la suite d'accidents dont il vient d'être parlé, j'ai été le premier médecin bordelais qui ait été consulté. Je me suis tout d'abord demandé si l'insuffisance musculaire, restée sans correction, n'était pas cause de l'impossibilité de continuer une lecture. L'effort cérébral exigé pour maintenir la vision binoculaire pouvait engendrer une fatigue cérébrale. Je ne me suis pas arrêté à cette idée en présence de la multiplicité des

accidents nerveux, d'autant plus que l'insuffisance était toujours la même, sans la moindre augmentation. Puis, j'ai examiné si les phénomènes morbides ne constituaient pas dans leur ensemble une forme spéciale de *migraine ophtalmique* dont il existe, vous le savez, plusieurs variétés. Dans certaines, en plus des troubles oculaires, on rencontre des troubles passagers de la motricité des membres ou de la sensibilité. Dans d'autres, des phénomènes cérébraux et notamment l'aphasie. L'examen des divers symptômes n'a pas tardé à prouver qu'il s'agissait de tout autre chose que d'une migraine ophtalmique. C'est alors que le malade alla consulter M. Régis, auquel je fis parvenir une note relatant l'intégrité du champ visuel périphérique et de la vision des couleurs.

**Mal de Pott dont la guérison
rapide et définitive a coïncidé avec des injections
de naphtol camphré. — Présentation de malade.**

M. Courtin. J'ai l'honneur de présenter à la Société de Médecine un jeune homme de dix-sept ans, ayant été atteint de mal vertébral de la région dorso-lombaire avec vaste abcès par congestion venant saillir, en arrière, au niveau du triangle de J.-L. Petit et, en avant, à l'anneau crural, qui a été traité par les injections de naphtol camphré et dont la guérison définitive et assez rapide a coïncidé avec ce mode de traitement.

Voici son observation en deux mots :

Hérédité : Son père a succombé, il y a deux ans, à une affection osseuse de la jambe qui a suppuré pendant huit ans. Sa mère vit, elle est en bonne santé; il a un frère plus jeune que lui qui se porte bien.

Il a ressenti les premières douleurs dans la région dorso-lombaire au mois de février 1891; employé dans un magasin, il reste debout toute la journée; vers la fin du mois de mars, il pâlit et maigrit; sa nutrition générale se fait mal, des transpirations nocturnes se produisent, l'émaciation s'accroît et, au mois d'octobre 1891, huit mois après les douleurs du début, il est pris de

névralgies dans les membres inférieurs, de difficultés dans la marche, il est contraint de s'arrêter.

Le 14 novembre, je fais une première ponction au niveau du triangle de J.-L. Petit, je retire 2 litres 200 grammes de pus séreux et mal lié, injection d'eau boriquée chaude dans la poche; le lavage étant fait, injection de 300 grammes de naphtol β camphré. La solution contient 1 partie de naphtol β , 2 de camphre, 3 d'alcool à 90°. Je retire 100 grammes de cette solution et j'en abandonne 200 dans la cavité de l'abcès.

Le 29 novembre, deuxième ponction, 1,800 grammes de pus, couleur chocolat, coloration que l'on obtient toujours après les injections de naphtol camphré. J'injecte, comme la première fois, 300 grammes de mixture et j'en abandonne 200 grammes.

Le 10 janvier 1892, troisième ponction et troisième injection dans les mêmes conditions que la précédente. La quantité de pus a considérablement diminué, je n'en retire plus que 940 grammes.

Le 20 février, même ponction, mais diminution dans la quantité du pus, 255 grammes. Je n'injecte plus qu'une soixantaine de grammes de naphtol. Dès ce moment, un trajet fistuleux s'établit, d'où il s'échappe, dans deux circonstances, des parcelles d'os nécrosé.

Vers le milieu du mois d'avril, il revient à ses occupations; le trajet fistuleux persiste, mais la suppuration diminue de jour en jour.

Au mois d'août, il part pour Arcachon; quinze jours après son arrivée, le trajet fistuleux s'oblitére et il revient définitivement rétabli. Depuis ce moment, ce jeune homme ne s'est pas arrêté un instant, il ne souffre plus, son état général s'est heureusement modifié; il est en bonne santé.

Dans une autre circonstance, j'ai eu l'occasion de faire une injection de 120 grammes de naphtol dans un abcès par congestion, provenant d'une lésion vertébrale et qui siégeait à la face interne de la cuisse, chez une petite fille de huit ans, couchée dans le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants.

Des phénomènes graves d'empoisonnement par le camphre se produisirent, avec anxiété respiratoire, tendances à la syncope, refroidissement, pâleur générale, pouls faible, mou, peu accéléré, irrégulier. L'interne de service, M. Donnadiou, dut pratiquer des injections sous-cutanées de caféine, faire de la respiration artificielle, des frictions et ce n'est qu'après une heure de soins assidus qu'il parvint à rappeler cette petite malade à la vie.

Ces deux observations prouvent donc que si les injections de naphthol camphré entrent pour une part heureuse dans la marche vers la guérison des lésions tuberculeuses des os, elles ne sont point sans danger et qu'il y a lieu d'en surveiller attentivement l'application.

Résection involontaire de la vessie au cours d'une laparotomie.

M. Loumeau lit le travail suivant :

« Publiée à titre de *med culpa*, cette observation, qui présente tout au moins le mérite de la sincérité, sera peut-être plus utile à quelque collègue hésitant sur le choix du procédé que le récit d'un brillant succès obtenu sans anicroche et consigné pour la plus grande gloire de l'auteur. »

Ces paroles terminent textuellement un mémoire du professeur A. Reverdin, publié en 1890 dans la *Revue médicale de la Suisse romande*. Il s'agissait d'une pyosalpingite d'abord traitée par la ponction hypogastrique avec contre-ouverture vaginale consécutive et compliquée d'une ulcération de la vessie par le pus. Cet accident, unique jusqu'ici, dit l'auteur, plaide en faveur de l'intervention précoce et large qui est le traitement vraiment chirurgical à apposer aux pyosalpingites. La laparotomie, pratiquée en dernier lieu, amena d'ailleurs la complète guérison de la malade.

C'est avec la même sincérité que je viens faire connaître un gros accident opératoire qui m'est personnel. Il s'agit de l'ablation involontaire d'une grande partie de la vessie pendant une laparotomie.

Bien qu'il soit plus agréable à la nature humaine de publier surtout les succès retentissants, l'on peut dire qu'aujourd'hui peu de chirurgiens hésitent à confesser loyalement leurs échecs. Au reste, les malades devant toujours dans l'avenir tirer quelque bénéfice de semblables aveux, cette seule considération doit primer toutes les autres.

Dans un travail que nous rappellerons plus loin, Jackson cite le passage suivant d'une lettre de Robert Battey :

« J'ai toujours présente à l'esprit la communication faite par Atlee à la Société américaine de Gynécologie. Pendant une ovariectomie très compliquée, le grand chirurgien déchira littéralement en morceaux la vessie adhérente. Je ne sais pas si les déclarations d'Atlee ont jamais été imprimées, mais le courage et l'honnêteté avec lesquels il raconta publiquement ce fait, pour l'instruction de ses collègues, provoquèrent l'admiration et les applaudissements de tous. »

Un chirurgien n'occupant pas la situation considérable d'Atlee eût sans doute reçu de ses collègues une critique mêlée d'amertume plutôt que des félicitations. L'exemple du grand ovariectomiste ne s'impose pas moins à l'imitation de tous. Je le suivrai fidèlement ici.

Après avoir exposé l'histoire de la malade, j'examinerai certains points relatifs aux incidents qui ont précédé, accompagné et suivi mon intervention. Je rappellerai ensuite quelques documents bibliographiques afférents à la question. Je terminerai par les considérations générales qui me paraissent découler des différents cas d'accidents chirurgicaux de la vessie survenus pendant la laparotomie.

De là, la division naturelle de ce travail en quatre parties : *clinique, critique, bibliographique et didactique*, que j'aborderai l'une après l'autre, mais aussi brièvement que possible.

I

Partie clinique.

OBSERVATION.

M^{me} C..., née en 1857, professeur de piano, mère de deux enfants âgés de quinze et onze ans. Fausse couche il y a neuf ans, malade depuis cette époque : douleurs abdominales, dysménorrhée, péritonites multiples. A été soignée à diverses reprises par la cautérisation inefficace du col utérin.

Je la vois pour la première fois en avril 1890. Incapable de marcher et même de se tenir debout. Ventre volumineux, empâté, douloureux. Au toucher vaginal, empatement péri-utérin chaud, sensible à la pression. Au toucher rectal, tumeur rétro-utérine faisant corps avec la matrice, bombant dans le rectum, dont elle oblitère parfois entièrement la lumière. Douloureuse tous les jours, pulsatile et fluctuante aux époques menstruelles, elle détermine souvent des épreintes rectales et un écoulement glairo-sanguinolent par l'anus.

Pendant trente mois, décubitus dorsal absolu, injections vaginales très chaudes, pansements vaginaux, bains fréquents, vésicatoires répétés sur le ventre. Impossibilité constante d'instituer aucun traitement intra-utérin, à cause d'une rétroflexion irréductible de la matrice, où l'hystéromètre ne peut pénétrer qu'à une profondeur de deux centimètres.

En octobre 1892, ventre plat et souple partout, sauf au-dessus du pubis et dans les régions iliaques, où persiste une nappe diffuse et dure qui paraît envelopper l'utérus et les annexes. La pression y est un peu douloureuse, principalement au moment des règles. Cet état demeure indifférent à tout traitement médical. La marche reste pénible, la station assise est extrêmement difficile. Une intervention s'impose pour mettre fin à

cette infirmité due à une *ovaro-salpingite double avec rétroflexion irréductible de l'utérus produite par des adhérences pelvipéritonéales*.

La malade, intelligente, confiante et docile, accepte avec joie l'opération que je lui propose comme seule capable de la guérir et qui consistera en l'ablation des annexes malades, la réduction de la rétroflexion utérine et l'hystéropexie abdominale.

OPÉRATION.

Laparotomie pratiquée le 20 octobre 1892 avec le concours de MM. Monod, chirurgien des hôpitaux et Duclos, externe des hôpitaux, après toutes les précautions antiseptiques nécessaires. Cathétérisme préalable de la vessie, d'où je retire 30 grammes environ d'urine limpide.

Après chloroformisation complète, incision médiane de la paroi commençant à quatre centimètres au-dessous de l'ombilic et descendant sur une étendue de quatre travers de doigt dans la direction du pubis. Une fois la ligne blanche sectionnée, je découvre tout à fait en bas une masse d'adhérences allant de la paroi abdominale à l'utérus et formant une gangue épaisse qu'il faut dissocier, disséquer pour pouvoir ramener en avant le fond de l'utérus rétrofléchi. Cette couche de fausses membranes anciennes et serrées forme comme une couverture s'étendant du pubis au rectum et tapissant toute la partie antérieure et tout le fond de la matrice. Après l'avoir séparée de tous côtés et la croyant uniquement formée de productions inflammatoires, je la résèque d'un coup de ciseaux. L'instrument, pourtant solide, éprouve une certaine résistance et me donne la sensation d'un tissu plus dur, semble-t-il, que de simples adhérences. Rien toutefois à première vue ne me révèle autre chose qu'un paquet de néo-membranes, aucun écoulement sanguin n'en résulte.

Ainsi libéré, l'utérus est attiré sans trop de difficultés en avant, où je pourrai tout à l'heure le fixer à la paroi abdominale. Auparavant, j'examine les trompes et les

ovaires. Ces organes sont, des deux côtés, augmentés de volume et d'une coloration rouge foncé. Ils étaient situés en arrière de la matrice, dans le cul-de-sac de Douglas. Je les enlève entre deux solides ligatures à la soie et je touche au thermocautère le moignon utérin de chaque trompe. L'utérus est maintenant libre au milieu de la cavité pelvienne.

Une fois la toilette péritonéale assurée, je procède à la gastro-hystéropexie.

Une forte aiguille munie d'un fil de soie traverse d'avant en arrière la paroi abdominale tout entière, un peu en dehors des bords de la plaie, au niveau du fond de la matrice. Je pénètre le tissu utérin à la partie la plus élevée de la face antérieure, sur la ligne qui réunit l'insertion des deux ligaments ronds et je traverse la partie superficielle de la couche musculaire dans une étendue de douze à quinze millimètres. Puis, l'aiguille pénètre de nouveau, cette fois d'arrière en avant, dans la paroi abdominale sur l'autre lèvre de la plaie. Deux autres sutures sont disposées de la même manière, au-dessus de la précédente. Un léger grattage de l'utérus dans l'espace que circonscrivent ces sutures assurera la facile adhérence de la matrice à la paroi. Les lèvres de la plaie opératoire sont réunies à ce niveau et les trois sutures qui transfixent l'utérus sont nouées au-devant de la paroi abdominale. Le reste de l'incision est suturée au-dessus et au-dessous, de la façon habituelle et la cavité péritonéale se trouve ainsi fermée sans aucun drainage.

Pansement à la vaseline saturée d'iodoforme que recouvre une vaste nappe de gaze sublimée.

Avant de rapporter l'opérée dans son lit, je pratique avec une sonde en verre le cathétérisme de la vessie. La sonde donne simplement issue à quelques gouttes de sang, ce qui fait croire à une blessure vésicale qui a passé inaperçue pendant l'opération.

Réouverture immédiate du ventre.

Je constate avec stupéfaction et non sans un grand désappointement que la vessie a été non seulement

ouverte, mais réséquée dans une grande étendue, correspondant à toute la portion libre de ce réservoir. Restent uniquement les portions adhérentes à l'utérus et au vagin avec les deux orifices urétéraux intacts et une partie fort minime de la paroi antérieure.

Impossibilité absolue de reconstituer par la suture une cavité vésicale ayant des dimensions supérieures à celles d'un dé à coudre. Force m'est, devant cette pénurie de tissu, de recourir au procédé de nécessité commandé par les circonstances.

Je suture au catgut le péritoine au-dessus de ce qui reste de vessie. La cavité péritonéale sera de cette manière absolument fermée et inaccessible aux infections éventuelles de l'avenir. Au-dessous de cette cavité se trouve réalisée une logette, dans laquelle je vais maintenant m'efforcer de refaire un réservoir vésical.

Le lambeau de la vessie resté en contact avec l'utérus et le vagin est disséqué avec grand soin et ramené en avant le plus possible pour pouvoir atteindre la paroi abdominale. Une encoche médiane antéro-postérieure existe sur ce lambeau : je la comble par une minutieuse suture au catgut. J'ai désormais obtenu une toute petite cavité vésicale fermée en haut, en arrière, en bas, mais ouverte en avant où je la marsupialise à la paroi sus-pubienne par de solides sutures à la soie. J'obtiens ainsi un orifice vésico-cutané mesurant trois centimètres de hauteur sur deux centimètres de largeur. Cet orifice sera ultérieurement rempli par du tissu cicatriciel qui pourra concourir à la formation de la paroi vésicale antérieure, maintenant absente. Pour le moment, j'installe les tubes de Périer-Guyon, comme après une taille hypogastrique régulière et je m'assure qu'ils fonctionnent très bien.

La gastro-hystéropexie a été refaite de la même manière que précédemment, par le procédé de Léopold, mais j'ai eu soin de fixer l'utérus le plus haut possible au-dessus du pubis. Le vagin est bourré d'un tampon de gaze iodoformée et le ventre enveloppé d'un vaste pansement sublimé.

Durée totale de l'opération : une heure et demie.
Dose de chloroforme absorbée : 100 grammes.

SUITES OPÉRATOIRES.

Elles ont été aussi simples que possible et la température n'a jamais dépassé 37°5.

Les tubes hypogastriques ont rempli parfaitement leur office et laissé passer toute l'urine. Celle-ci, légèrement teintée de sang pendant les trois premiers jours, a repris ensuite son aspect normal.

Les quantités d'urine émises ont été notées jour par jour. Elles ont donné les chiffres suivants qui représentent le résultat de l'excrétion pour les vingt-quatre heures :

Du 20 au 21 octobre.....	300 grammes.
Du 21 au 22 octobre.....	400 —
Du 22 au 23 octobre.....	800 —
Du 23 au 24 octobre.....	800 —
Du 24 au 25 octobre.....	800 —
Du 25 au 26 octobre.....	850 —
Du 26 au 27 octobre.....	1,500 —
Du 27 au 28 octobre.....	2,000 —
Du 28 au 29 octobre.....	1,800 —
Du 29 au 30 octobre.....	1,500 —
Du 30 au 31 octobre.....	1,400 —
Du 31 au 1 ^{er} novembre.....	1,900 —
Du 1 ^{er} au 2 novembre.....	1,600 —
Du 2 au 3 novembre.....	1,700 —

Le 3 novembre, les tubes hypogastriques sont enlevés ainsi que tous les fils de suture. La plaie abdominale est réunie par première intention dans toute son étendue. Seul est resté béant l'orifice qui donnait passage aux tubes vésicaux et sur lequel est appliqué à plat un gâteau de gaze sublimée. Une sonde de Malécot est mise à demeure, par l'urètre, dans la vessie et son orifice périphérique reste constamment baigné dans un urinal antiseptique placé en contre-bas, entre les cuisses de la malade.

Du 4 novembre au 15 décembre, la sonde de Malécot est renouvelée deux fois par semaine.

Le 15 décembre, elle est définitivement supprimée. A ce moment, la plaie sus-pubienne est solidement cicatrisée.

Depuis le 15 décembre, la miction se fait normalement par l'urètre, mais pas plus souvent, nous dit la malade, qu'avant l'opération. Car toujours et cela depuis longtemps, ajoute-t-elle, elle était obligée d'uriner à tout instant. Chaque fois, elle ne rendait que quelques gouttes de liquide, fait important sur lequel notre attention n'avait jamais été attirée.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'OPÉRATION.

Ces résultats, enregistrés près de neuf mois après l'opération, doivent être envisagés à un triple point de vue : *génital*, *urinaire* et aussi *mental*, en raison des troubles cérébraux post-opératoires dont nous n'avons pas encore parlé et sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

1° *Résultat génital*. — Les phénomènes douloureux ont complètement disparu. Le ventre est mou, indolent. La malade marche toute la journée, fait même quelquefois de très longues courses, sans accuser la moindre fatigue. L'utérus a conservé la situation qui lui a été imprimée par l'hystéropexie. Quant aux règles, elles n'ont jamais reparu, pas plus que les désirs sexuels. La malade est à cet égard d'une frigidité absolue, ce qui contraste beaucoup avec sa nature affectueuse et caressante d'autrefois. D'ailleurs, aucun trouble fonctionnel aux époques où jadis apparaissait le sang menstruel. Plus d'obstacle à la circulation des matières fécales; le rectum est absolument libre. Par le toucher rectal, on sent la paroi postérieure de l'utérus libre et lisse, mais fortement inclinée en avant.

2° *Résultat urinaire*. — Les besoins d'uriner se font sentir environ toutes les trois ou quatre heures. La malade peut toujours leur résister et n'accomplit la mic-

tion que volontairement. La vessie tolère sans souffrance 360 grammes de liquide, ce qui semble invraisemblable en raison du peu d'étoffe qui a servi à façonner une nouvelle cavité vésicale. Au moment de sa distension maxima, celle-ci présente l'aspect et le volume d'une grosse orange qui fait saillie au-dessous du pubis et remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Lorsque la malade a fini d'uriner, elle est obligée, pour obtenir l'entière satisfaction du besoin accompli, de se plier en avant et de faire effort. Alors seulement, l'urine achève de s'écouler au prix de quelques tiraillements partant de l'extrémité inférieure de la cicatrice opératoire. A ce niveau, qui correspond à l'emplacement occupé naguère par les tubes de Périer, l'on sent persister une adhérence profonde avec les tissus sous-jacents. Cette adhérence est due au tissu cicatriciel qui a obturé en avant la vessie et fait aujourd'hui partie intégrante de la paroi vésicale. Elle explique l'impossibilité qu'a ce réservoir de revenir complètement sur lui-même pour chasser les dernières gouttes et la nécessité qui s'impose à la malade de contracter ses muscles abdominaux et de fléchir le tronc pour parfaire l'évacuation entière de l'urine.

Le vagin est libre, même quand la vessie renferme les 360 grammes de liquide que nous y avons injectés. C'est à peine si l'on perçoit à ce moment une légère saillie de la paroi vaginale antérieure. Cette paroi n'est que diminuée en hauteur, et cela d'une manière permanente, par l'inclinaison antérieure de l'utérus.

Afin de bien montrer l'étendue du délabrement fait à la vessie et la disposition des parties avant et après la réparation de cet accident, j'ai fait dessiner la planche V.

Elle contient quatre figures schématiques reproduisant une coupe verticale antéro-postérieure d'un bassin de femme, abstraction faite des adhérences péritonéales, de la rétroflexion utérine et de l'hystéropexie dont on a volontairement négligé la figuration.

La figure 1 représente un bassin normal, c'est à dire,

d'avant en arrière, la paroi abdominale antérieure, la vessie, le conduit vagino-utérin, le rectum, la colonne vertébrale. En haut, un trait noir, très accentué, indique les contours du péritoine pelvien.

La figure 2 montre en blanc et simplement limitée par un petit pointillé toute la partie du réservoir vésical et du péritoine qui a été réséquée.

Sur la figure 3, on voit la fermeture, par une suture sus-vésicale, de la cavité péritonéale. Cette suture a nécessité un fort rapprochement du péritoine utérin et du péritoine pariétal, rapprochement d'ailleurs facilité par la gastro-hystéropexie. Au-dessous de la suture péritonéale, les bords du reliquat vésical sont fixés aux bords de la plaie abdominale. Dans cette cavité urinaire, bien distincte de la cavité péritonéale, sont fixés les tubes sus-pubiens de Périer-Guyon.

Dans la figure 4, la guérison est accomplie. Le drainage hypogastrique, supprimé, est remplacé par un tissu de cicatrice qui clôt complètement en avant la cavité vésicale. Une loge sous-péritonéale, suffisamment spacieuse, permet à la vessie de se dilater et de se rétracter, à une distance relativement grande du point où l'utérus adhère à la paroi abdominale.

3° Résultat mental. — Le point noir de cette observation est qu'il persiste, à l'heure actuelle, des troubles cérébraux apparus pour la première fois le 28 octobre 1892, huit jours après l'opération.

Au début, la malade avait des hallucinations. Elle voyait dans son lit Béhanzin, dont il était alors beaucoup question à propos de la guerre du Dahomey. Elle entendait chuchoter des hommes et des femmes cachés derrière les meubles. Plus tard, elle devint persuadée qu'elle avait débauché son propriétaire, dont la femme est sa meilleure amie et l'a soignée avec un dévouement sans pareil. C'est là un crime qui la rend honteuse vis-à-vis de tout le monde. Elle est indifférente à son mari et à ses enfants, qu'elle entourait autrefois de la plus vive tendresse. Le 18 novembre, dans un accès aigu,

elle se frappa violemment à la tête pour se châtier de la faute dont le souvenir l'obsède sans cesse. Il lui semble toujours qu'autour d'elle on murmure, on dit du mal d'elle. De peur d'augmenter les bruits dont ses oreilles sont constamment assiégées, elle s'abstient elle-même de parler. Taciturne, toujours absorbée par des préoccupations intérieures, elle ne mange pas ou bien mange gloutonnement, s'inquiétant fort peu que ses aliments soient bouillants ou glacés. Il faut bien dire aussi que l'état mental de la malade est, de l'avis de ceux qui l'entourent, profondément influencé par la grande gêne qui se fait sentir chaque jour davantage dans le ménage.

Pour cette folie post-opératoire que j'ai de suite imputée à la suppression des ovaires chez une femme jeune encore, j'ai cru devoir, de concert avec mon distingué confrère, le Dr Régis, chargé du Cours de clinique des maladies mentales à la Faculté, faire pratiquer à la malade des injections hypodermiques de suc ovarien. Pour cela, nous avons eu recours à l'obligeance du professeur Ferré qui a dirigé avec beaucoup de soin ce traitement. Les résultats de ces injections séquardiennes et l'examen mental de mon opérée ont, d'ailleurs, été rapportés à la Société de Médecine, il y a quelques semaines, par M. Régis. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à ce travail pour tout ce qui concerne les troubles psychiques que nous avons seulement indiqués ici afin de ne rien supprimer des conséquences fâcheuses qu'a eues, dans ce cas, la laparotomie.

EXAMEN DES PIÈCES RETIRÉES PAR LA LAPAROTOMIE.

I. PIÈCES GÉNITALES. — *a. Examen macroscopique* : Les trompes et les ovaires sont, je l'ai déjà noté, augmentés de volume et fortement congestionnés, mais n'offrent ni kyste, ni abcès, ni épanchement sanguin. A la coupe longitudinale, on trouve au milieu du tissu ovarien, très rouge, une dizaine de points d'un blanc laiteux, gros comme des grains de millet et rappelant l'aspect des tubercules.

b. Examen microscopique : Praticué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, cet examen a démontré, du côté des trompes, l'existence à un faible degré d'une *salpingite végétante*. Du côté des ovaires, on constate une *dilatation modérée des vaisseaux du parenchyme ovarien*, sans augmentation des faisceaux conjonctifs. Le nombre des ovules de la zone corticale ne paraît pas sensiblement diminué. Aucune trace de suppuration ni d'éléments étrangers au tissu ovarien normal.

II. PAROI VÉSICALE. — La seule portion de vessie réséquée qu'il nous a été possible de retrouver après l'opération correspond à la partie antérieure et au sommet de cet organe. Elle a une forme à peu près triangulaire, à base inférieure et à sommet correspondant au point le plus élevé du réservoir vésical. Après huit mois de macération dans l'alcool, elle mesure sept centimètres de largeur et cinq centimètres de hauteur. Elle est doublée extérieurement de fausses membranes qui l'avaient entraînée et solidement fixée à toute la face antérieure de l'utérus rétrofléchi.

II

Partie critique.

L'observation que nous venons de reproduire comporterait trois côtés fort intéressants à étudier : la lésion génitale, le trouble cérébral qui a suivi l'opération, enfin l'accident urinaire.

Je négligerai à dessein les deux premiers points pour retenir uniquement le troisième, qui fait le principal objet de cette étude.

Pour ce qui concerne les lésions utérine et annexiennes, je me contenterai de souligner le rôle prépondérant tenu chez ma malade par la rétroflexion irréductible, par l'obstacle qui en résultait à chaque menstruation dans le drainage naturel du conduit utérin. Je me demande même si la gastro-hystéropexie n'eût pas constitué une opération suffisante et si la

conservation des annexes, en réalité peu malades, n'eût pas été plus profitable à mon opérée. C'est là une réflexion que me suggèrent et le résultat de l'examen à peu près négatif pratiqué sur les trompes et les ovaires et aussi le trouble mental survenu quelques jours après mon intervention.

Cette folie persistante, à laquelle notre malade était sans doute prédisposée par la tare cérébrale relevée par M. Régis dans ses antécédents héréditaires, n'a peut-être pas eu d'autre cause déterminante que la castration complète pratiquée ainsi en pleine période d'activité génitale. Mais je n'insiste pas sur ces considérations fort hypothétiques et j'arrive à la blessure vésicale.

Existait-il avant la laparotomie des signes capables de me faire soupçonner une situation anormale de la vessie et redoubler de prudence dans la dissection des adhérences? Pouvais-je, une fois l'abdomen ouvert, éviter facilement cet accident? Une fois la faute commise, comment la reconnaître, comment la réparer? Enfin, quels en ont été les résultats? Toutes questions qu'il est maintenant aisé de résoudre et que nous envisagerons méthodiquement avant, pendant et après l'opération.

AVANT L'INTERVENTION.

Étant données l'ancienneté et les poussées nombreuses de la pelvi-péritonite, j'aurais dû m'enquérir de l'état de la miction. Sur une simple question dans ce sens, la malade m'eût clairement édifié en me disant (comme elle le fit par la suite) les troubles urinaires qu'elle ressentait depuis longtemps. Miction fréquente, donnant seulement issue à quelques gouttes d'urine: cela suffisait à impliquer un amoindrissement notable de la capacité vésicale, partant un englobement serré de la vessie dans une masse d'adhérences

dont la dissection m'eût imposé les plus grands ménagements.

L'état particulier de cette vessie, qu'il importait à un si haut point de connaître à l'avance, fut ignoré par moi. Pour être très commune, cette lacune du diagnostic n'en constitue pas moins une première faute, grosse de conséquences fâcheuses.

PENDANT L'INTERVENTION.

A partir du moment où j'ai commencé la laparotomie, trois actes chirurgicaux se sont succédé : l'opération génitale proprement dite compliquée de l'accident vésical, puis le diagnostic de cet accident, enfin la réparation de la blessure.

Le *premier acte* fut rendu très laborieux par l'épaisseur, la solidité des adhérences. Elles étaient difficiles à désunir, mais un peu plus de patience m'eût peut-être permis d'en venir à bout à l'aide des doigts ou d'un instrument mousse quelconque. Les ciseaux amenèrent une solution plus prompte, l'on sait à quel prix. Malgré la sensation de résistance toute particulière que me donna la section de ces adhérences, sensation qui me laissa un instant perplexe, je ne songai point à la vessie, car ni sang ni urine ne s'écoulèrent sous mes yeux. Je manœuvrais d'ailleurs sur le corps de la matrice, fortement réclinée vers le rectum, et ne pouvais soupçonner que la vessie pût être à ce point déplacée.

Le *second temps* de l'acte chirurgical commence avec le diagnostic de la lésion vésicale. Ce diagnostic ne fut pas fait de suite, sur le ventre ouvert. Cela ne surprendra pas les chirurgiens qui savent avec quelle porte d'entrée relativement exigüe l'on travaille, en pareil cas, sur les organes pelviens. Et puis, j'étais si loin de m'attendre à pareille mutilation ! Le cathétérisme me permit heureusement de reconnaître après

coup mon erreur. C'est là une manœuvre capitale, indispensable après toute laparotomie. Elle acquit, dans le cas présent, une valeur de premier ordre. En m'amenant quelques gouttes de liquide sanglant, la sonde trahissait évidemment une lésion opératoire de la vessie. Depuis une heure, en effet, que l'opération avait commencé, une quantité relativement abondante d'urine, supérieure à coup sûr aux quelques gouttes retirées par le cathétérisme, avait dû s'accumuler dans le réservoir vésical. En outre, ce liquide, retiré parfaitement limpide avant la laparotomie, devait maintenant sa couleur rutilante à un accident chirurgical. Minime quantité d'une part, aspect hématique d'autre part : ces deux conditions constituaient une indication nette et précise. Il fallait faire sauter la suture et voir.

Le troisième temps chirurgical commence au moment où la vessie est reconnue blessée. Que faire ? La suture immédiate des lèvres de la plaie s'imposait très naturellement s'il se fût agi d'une simple section ou d'une excision peu étendue de la paroi. Ici, la suture n'était pas possible, car il ne restait pas assez de paroi pour refaire une cavité compatible avec les fonctions d'un réservoir utile. Le mode de réparation indiqué est, croyons-nous, celui que nous avons utilisé d'accord avec notre ami Monod. Tout d'abord, oblitérer par en haut la cavité péritonéale, de façon à fermer la porte à la pénétration éventuelle de l'infection septique ou de l'infiltration urinaire. Puis, reconstituer la paroi supérieure de la vessie par une suture médiane et finalement aboucher l'orifice béant de ce minuscule réservoir avec les bords de la plaie abdominale. L'adaptation du drainage hypogastrique devait achever la réalisation du seul but qu'il fût permis de viser ici : la réparation en deux temps successifs de la vaste brèche ainsi produite.

APRÈS L'INTERVENTION.

Le résultat chirurgical a été (abstraction faite de la folie post-opératoire) des plus heureux.

La guérison s'est faite avec une grande simplicité. Aucune entrave n'est venue la contrarier. Pas le moindre mouvement fébrile. Seule, est à signaler la notable diminution de l'excrétion urinaire observée pendant les deux premiers jours consécutifs à l'opération : 300 grammes le lendemain, 400 grammes le surlendemain. Faut-il accuser de cela le régime débilisant, la diète presque absolue imposée à l'opérée? Ou bien doit-on faire intervenir un réflexe vésico-rénal émanant de la vessie gravement intéressée et exerçant sur la fonction rénale une action inhibitoire momentanée? En tous cas, le phénomène ne persista pas longtemps. Dès le troisième jour, la quantité d'urine émise montait à 800 grammes pour atteindre rapidement les chiffres élevés que nous avons signalés précédemment.

Quant au résultat thérapeutique de l'intervention, il n'a été aucunement influencé par la complication opératoire due à la blessure de la vessie. S'il a été déplorable au point de vue mental, il fut de tous points excellent en ce qui concerne la disparition définitive des troubles utérins et le rétablissement parfait des fonctions urinaires. Celles-ci ont été récupérées entièrement en dépit de la perte de substance énorme subie par la vessie.

Il semble même bizarre et paradoxal de voir la malade uriner beaucoup mieux et bien moins souvent après avoir ainsi perdu la moitié de sa paroi vésicale. Cette apparente anomalie s'explique facilement par les conditions toutes différentes où se trouve une vessie normale, mais étranglée par de solides adhérences — ce qui était le cas avant l'opération — et une vessie,

même très petite, libre de se mouvoir dans une loge indépendante, résultat obtenu chez notre opérée.

III

Documents relatifs à l'histoire des plaies de la vessie pendant la laparotomie.

Si les documents abondent sur les traumatismes accidentels de la vessie, la littérature est pauvre, au contraire, en ce qui concerne les blessures vésicales faites par le chirurgien pendant la laparotomie.

Le premier travail d'ensemble paru sur la question est dû au professeur Eustache (de Lille) et fut communiqué, en 1879, à l'Association française pour l'avancement des Sciences (Congrès de Montpellier), puis reproduit en 1880 dans le *Journal des Sciences médicales de Lille* et dans les *Archives de Tocologie*. Dans ce mémoire, intitulé : *De la lésion des organes urinaires pendant l'opération de l'ovariotomie*, l'auteur envisage successivement les blessures pouvant affecter le rein, l'uretère, la vessie. Il rapporte ensuite dix observations de lésions opératoires de la vessie dont une lui est personnelle. Dans ce dernier cas, l'ouverture involontaire du réservoir urinaire fut pratiquée à plus de dix centimètres au-dessus du pubis, bien que le cathétérisme évacuateur eût été pratiqué avant la laparotomie. La suture vésicale amena une guérison facile. Sur l'ensemble des dix cas rapportés, il n'y eut que trois morts.

En 1881, G. Thomas ⁽¹⁾ publie huit autres faits, dont un lui appartient personnellement, d'ouverture vésicale pendant la laparotomie. Chez son opérée, la vessie, dilatée au-devant du kyste ovarique, remontait « vers un point situé à mi-chemin entre l'ombilic et l'apophyse xiphoïde et descendait latéralement dans

(1) G. Thomas. *Trans. american Gyn. Soc.*, t. VI, 1881.

la région lombaire. » La plaie vésicale fut suturée et la guérison rapidement obtenue. L'auteur insiste sur les adhérences et les déplacements du réservoir vésical. Généralement, dit-il, les choses se passent de la manière suivante : la vessie contracte des adhérences quand la tumeur est petite et, quand celle-ci s'accroît, elle se trouve refoulée graduellement dans toutes les directions. Dans d'autres cas, qui sont peut-être les plus fréquents, la vessie est simplement allongée et ressemble à la peau d'un gros saucisson. G. Thomas ajoute qu'il existe 22 observations connues dans lesquelles la vessie a été ouverte au cours de la laparotomie et que, sur ces 22 cas, l'on compte 14 morts et 8 guérisons.

En 1883, Atlee raconte avec détails l'observation d'une ovariectomie pendant laquelle la vessie dilatée fut déchirée au moment de la séparation des adhérences, puis aussitôt suturée. Sa malade guérit ⁽¹⁾.

La même année, S. Pozzi publie, dans les *Annales génito-urinaires* ⁽²⁾, le cas d'une malade qu'il opéra d'une double ovariectomie. La vessie, qui présentait une elongation extraordinaire, fut largement ouverte. Cette blessure, qui n'empêcha pas la guérison, fut réparée en deux temps successifs par la méthode que l'auteur propose de dénommer *méthode de fistulisation préalable*. Elle consiste à établir d'abord une large boutonnière hypogastrique munie d'un siphon et plus tard à guérir cette fistule. C'est la voie suivie par nous-même chez notre opérée.

Toujours en 1883, le professeur Julliard ⁽³⁾ (de

⁽¹⁾ Atlee. *American Journal medical Sciences*, vol. LXXXV, janvier 1883, p. 119 et suiv.

⁽²⁾ S. Pozzi. Suture de la vessie pour une très grande plaie extra et intra-péritonéale. Réparation en deux actes opératoires éloignés. Guérison. (*Ann. gén.-urin.*, 1883.)

⁽³⁾ G. Julliard. Suture de la vessie. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1883.)

Genève) fait connaître un cas de déchirure de la vessie survenue, entre ses mains, pendant l'ablation très laborieuse d'un kyste de l'ovaire. La plaie vésicale, qui ne mesurait pas moins de douze centimètres, fut aussitôt suturée au catgut et une sonde à demeure placée pendant cinq jours dans la vessie. La malade guérit, pour succomber six mois après à un cancer du foie. L'autopsie montra que la suture vésicale avait parfaitement tenu et se présentait sous forme d'une ligne blanc nacré. La vessie d'ailleurs était parfaitement souple et normale et n'offrait pas trace des catguts employés. Julliard conclut que la suture est le meilleur traitement à appliquer en pareil cas et doit être pratiquée au catgut par le procédé de Lembert. De cette manière, les plaies vésicales, même les plus étendues, sont susceptibles de guérir par première intention sans qu'il en résulte aucun accident ni primitif ni secondaire.

En 1884, Terrillon écrit, dans les *Annales génito-urinaires*, un mémoire sur les *Rapports des kystes de l'ovaire avec les organes urinaires*. Dans ce travail, comme dans ses *Leçons de clinique chirurgicale* publiées en 1889, l'auteur étudie les troubles des fonctions urinaires et les conséquences opératoires résultant des rapports anatomiques du kyste avec la vessie, le diagnostic des adhérences, le pronostic et le traitement de la plaie commise par le chirurgien. Sur 25 faits de blessure vésicale à lui connus, Terrillon note 14 morts et 11 guérisons.

En 1885, Jules Bœckel ⁽¹⁾ publie un cas nouveau. Pendant une ovariectomie compliquée d'adhérences nombreuses, une portion de la vessie fut comprise dans le pédicule. Le soir, le cathétérisme donnait issue à une urine fortement sanguinolente. Le sep-

(1) J. Bœckel. Traumatisme de la vessie dans l'ovariectomie et l'hystérotomie. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1^{er} nov. 1885.)

tième jour, l'urine suintait par l'angle inférieur de la plaie. Croyant pouvoir compter sur la production d'adhérences protectrices, le chirurgien n'intervint pas. Une péritonite mortelle éclata le quatorzième jour. A l'autopsie, l'on trouva la cavité abdominale remplie d'un liquide purulent et fétide et sur la paroi vésicale une ouverture de trois centimètres. L'intervention tardive, dit Bœckel, eût été probablement couronnée de succès.

Spencer Wells⁽¹⁾, en 1886, dit que les blessures chirurgicales involontaires de la vessie ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser. Il a entendu parler de plusieurs cas qui n'ont pas été publiés. Il estime qu'en face d'un pareil accident il faut suturer la plaie et laisser pendant quelques jours une sonde à demeure. Il lui est arrivé dans un cas d'ouvrir l'ouraqué perméable. La plaie fut fermée à l'aide d'une des sutures de la paroi abdominale et la guérison obtenue.

A la même époque, Reverdin⁽²⁾ rapporte un fait personnel. La vessie de sa malade fut ouverte dans une étendue de six centimètres par un coup de ciseaux donné pour compléter l'incision abdominale et suturée immédiatement. Une sonde à demeure, laissée ouverte, fut placée dans l'urètre et l'opérée guérit. La suture, ajoute Reverdin, est préférable au siphon hypogastrique. Elle prévient l'infection péritonéale. Quand elle vient à manquer, c'est seulement au bout de quelques jours que l'urine passe à travers l'hiatus et alors le tissu cellulaire modifié par l'inflammation a moins de chances de se laisser infiltrer. A l'appui de cette opinion, l'auteur cite le cas de Sonnenburg⁽³⁾.

⁽¹⁾ Spencer Wells. *Diagnostic et traitement des tumeurs abdominales*. (Édition française, Dr Keser, 1886.)

⁽²⁾ J. Reverdin. Incision de la vessie au cours d'une ovariectomie. Suture complète immédiate. Guérison. (*Ann. gén.-urin.*, 1886.)

⁽³⁾ Sonnenburg. Excision plus ou moins étendue de la vessie. (Eifter Congress, Berlin, 1882, p. 112. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.*)

Sans vouloir, dit Reverdin, comparer le cas de Sonnenburg à celui de Pozzi, il me semble utile de le rappeler ici. Il n'y avait pas chez l'opérée de Sonnenburg une simple section, mais une perte de substance étendue de la vessie. Ses bords furent suturés à la paroi abdominale et une sonde placée dans l'urètre. La suture se désunit en partie et un abcès se forma dans l'abdomen. Néanmoins, la malade finit par guérir. C'est ce danger de propagation de l'inflammation qui m'a fait préférer la suture complète. Je ne prétends pas que le procédé de Pozzi — c'est toujours Reverdin qui parle — n'ait ses applications, bien au contraire, mais je crois qu'il doit être réservé à quelques cas spéciaux où la suture complète est inapplicable.

Une mention est accordée à ce genre de blessures vésicales dans l'article de R. Harrison de l'*Encyclopédie de Chirurgie* en 1888.

Polaillon et Legrand ⁽¹⁾, la même année, publient le cas intéressant d'une femme de cinquante ans ayant, depuis un an, une tumeur abdominale, sans aucun signe du côté des voies urinaires. On crut à une tumeur de l'ovaire et on fit la laparotomie. Après ablation du néoplasme, on laissa le pédicule au dehors. A la chute de ce dernier, l'on s'aperçut que la cavité vésicale avait été ouverte. La tumeur enlevée s'insérait sur la paroi de la vessie. Une fistule vésico-hypogastrique en résulta, qu'on se disposait à combler, lorsque la malade succomba à la phtisie galopante.

Au Congrès de la Société allemande de Gynécologie tenu à Halle en 1888, Sanger (de Leipzig) parla *des lésions de la vessie au cours de la laparotomie* ⁽²⁾. La blessure de la vessie en pareil cas est produite ou bien

⁽¹⁾ Polaillon et Legrand. Myome énorme de la vessie pris et opéré pour une tumeur de l'ovaire. (*Ann. gén.-urin.*, 1888.)

⁽²⁾ *Annales génito-urinaires*, 1888.

quand on veut prolonger en bas l'incision des parois abdominales, ou bien quand on cherche à détacher la tumeur de ses adhérences. C'est ce dernier accident qui est dernièrement survenu entre les mains de Sanger. Il attira alors la vessie en haut, l'isola de la cavité péritonéale et la fixa à la plaie de l'abdomen. Puis, il transplanta un lambeau cutané au-devant de l'ouverture vésicale ainsi suturée à la paroi. Le cathétérisme fut pratiqué toutes les trois heures et pas une goutte d'urine ne sortit par la plaie. La guérison se fit rapide et complète. Sanger trouve que, dans la laparotomie, on ne se préoccupe pas assez de l'ouraque et des vaisseaux ombilicaux. Il a eu l'occasion d'observer une fistule opératoire de l'ouraque qu'il va être obligé de réopérer pour la deuxième fois.

Dans la même séance, Léopold (de Dresde) dit avoir fait, en enlevant un myome, une large blessure à la vessie. Il a recousu la tunique musculaire, puis le péritoine à l'aide de sutures perdues et le résultat final a été bon.

Dans l'article *Vessie* du *Dictionnaire encyclopédique* (1889), Hache étudie les plaies chirurgicales accidentelles qui peuvent affecter cet organe. Reconnues au cours de l'opération, elles doivent être suturées si leurs dimensions ne sont pas excessives, ou réparées en deux temps, à la manière de Pozzi, si elles occupent une trop grande étendue. Si la blessure passe tout d'abord inaperçue, elle se révélera plus tard par des accidents qui permettront un diagnostic rétrospectif facile. Sur le conseil de Bœckel, il faudra alors rouvrir le ventre au plus tôt pour faire, suivant le cas, la suture ou le drainage de la vessie.

En 1890, le professeur Jackson (1) (de Chicago) fait

(1) A.-R. Jackson. *The Journal of the American Association*. Chicago, 22 février 1890. En consulter la traduction française publiée par nous dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* en juillet 1893 (n° 27, 28 et 29).

paraître un travail sur *les blessures de la vessie pendant la laparotomie avec la relation de soixante-sept cas*, la plupart très brièvement rapportés. Ayant eu l'occasion de pratiquer une fois l'ouverture involontaire de la vessie, Jackson écrivit et demanda des renseignements à plus de soixante-dix chirurgiens autorisés tant d'Amérique que de l'étranger. Bien que plus de la moitié ne lui aient pas répondu, l'auteur a pu dresser une liste assez imposante, quoique forcément incomplète, d'accidents analogues.

Il résulte de l'enquête ainsi établie une mortalité de 30 %. Mais ce taux élevé est dû, ajoute Jackson, aux complications, à la gravité des cas, à la prolongation de l'opération occasionnée par la blessure de la vessie, au choc, plutôt qu'à la lésion vésicale elle-même, qui paraît de peu d'importance et guérit le plus souvent sans entraîner de fistule urinaire.

Employer le cathéter si possible pendant la libération de la vessie adhérente, ne prolonger l'incision de la paroi vers le pubis qu'après avoir déterminé le siège de la vessie qu'on aura légèrement distendue, quitte à la vider après l'avoir reconnue : voilà les précautions recommandées, mais parfois insuffisantes pour éviter la blessure de l'organe, lorsque des adhérences unissent la vessie dilatée avec la paroi abdominale.

Jackson est partisan de la suture complète avec évacuation de l'urine par la sonde à demeure ou le cathétérisme répété à intervalles rapprochés.

Tulfiér, dans le récent *Traité de Chirurgie* (1892), consacre aux plaies chirurgicales de la vessie une mention spéciale où il met à profit la pratique des chirurgiens que nous avons cités plus haut. Il estime que le cathétérisme vésical ne peut à lui seul mettre à l'abri de ces perforations et conseille, comme bon moyen de précaution, de ne jamais s'aventurer autour de la

vessie sans explorer son contour à l'aide d'un cathéter métallique qui sert de point de repère constant. Si la vessie est ouverte, Tuffier propose la ligne de conduite que nous avons vu exposer par Hache dans le *Dictionnaire* de Dechambre.

Tels sont les principaux travaux publiés, à notre connaissance, sur cette intéressante question des traumatismes chirurgicaux involontaires de la vessie pendant la laparotomie. J'en ai intentionnellement exclu tout ce qui concerne les blessures vésicales pratiquées au cours de la herniotomie ⁽¹⁾, ces dernières n'ayant pas directement trait à la question.

IV

Aperçu didactique sur les plaies de la vessie pendant la laparotomie.

ÉTIOLOGIE.

Les circonstances sont très variées dans lesquelles le chirurgien peut, au cours d'une laparotomie, intéresser accidentellement la vessie; mais toutes se rapprochent par ce caractère commun qu'il s'agit d'opérations pratiquées sur des organes pelviens et toujours chez la femme. Tumeurs de l'ovaire, tumeurs de l'utérus, salpingites, grossesses extra-utérines, abcès du bassin, tumeurs de la vessie ont, avec une fréquence décroissante, nécessité l'ouverture abdominale qu'a compliquée l'accident vésical. En quelques cas l'on avait affaire à des affections indéterminées.

(1) On pourra consulter à ce sujet :

J. Reverdin. Cure radicale de hernie inguinale, cystocèle méconnue, ouverture de la vessie liée dans le pédicule. (*Rev. méd. Suisse romande*, 1890.)

Lejars. Lésions opératoires de la vessie au cours de la herniotomie. (*Rev. de Chir.*, janv. et fév. 1893. Relevé de 27 observations. Bibliogr.)

Binaud. Section de la vessie dans le cours d'une kélotomie pour hernie inguinale étranglée; suture de la vessie et cure radicale; mort deux jours après de congestion pulmonaire. (Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux, 8 mai 1893.)

Dans mon observation, la malade présentait surtout une rétroflexion que des adhérences résistantes rendaient difficilement réductible.

La manière dont l'accident peut survenir est clairement exposée par Terrillon.

Parfois la vessie est adhérente à la tumeur sans être déplacée. C'est alors pendant la dissection des adhérences que l'ouverture vésicale est produite.

D'autres fois, la vessie est adhérente et déplacée. Deux conditions peuvent alors se produire :

Ou bien elle est à la fois adhérente à la tumeur et à la paroi, de telle sorte qu'au premier temps de l'opération, pendant la section des couches abdominales, on s'expose à entrer dans la cavité vésicale (faits de Stilling, du D^r X... aidé et cité par G. Thomas, de Pozzi, de Noeggerath, de Reverdin, de W. Porter, de B. Hunter, de T. Parkes, etc.);

Ou bien le cul-de-sac antérieur du péritoine existe libre d'adhérences et la vessie est adhérente profondément à la tumeur qui l'entraîne à une distance variable du pubis. En ces cas, la vessie ne peut être blessée qu'à une période plus avancée de l'opération, au moment de la séparation des adhérences. Notre cas, choisi parmi plusieurs autres, est un exemple de cette disposition.

Beaucoup plus rarement, il arrive que la vessie adhère seulement à la paroi abdominale tout en restant indépendante de la tumeur. Telle l'observation du D^r Leroy Mac Léan, rapportée par G. Thomas.

Enfin, l'on peut se trouver en présence d'un kyste du ligament large entouré, par l'intermédiaire du tissu sous-péritonéal, de connexions très étendues. L'extirpation devient alors extrêmement pénible, le plus souvent irréalisable. Il faut, en ce cas, laisser le kyste en place ou ne l'enlever que par fragments. On comprend combien sont exposés, en pareille circons-

tance, les viscères creux du voisinage, la vessie et le rectum.

Sous l'influence de ces multiples variétés d'adhérences, la vessie peut être étalée et amincie (Terrillon) et former comme une vaste nappe recouvrant toutes les parties qui se trouvent sous la main quand on explore l'abdomen (G. Thomas). Elle forme alors soit une grande cavité uniloculaire, soit une cavité à plusieurs compartiments, séparés par un étroit collet correspondant au pubis. On trouve un exemple remarquable de cette vessie à double étage dans l'observation de Pozzi. Souvent le réservoir urinaire prend la forme d'un doigt de gant, d'une sorte de saucisse (Bergmann) donnant l'idée d'une persistance de l'ouraque dilaté (Homans).

Ces dispositions anormales sont autant de causes prédisposant la vessie au traumatisme chirurgical. La seule cause déterminante c'est l'instrument, c'est le doigt du chirurgien imprudent ou non prévenu.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans presque tous les cas, la plaie *siégeait* sur la portion libre du réservoir vésical, contrairement aux traumatismes chirurgicaux produits pendant l'hystérectomie vaginale et qui affectent surtout la partie vésicale attenant au vagin et à l'utérus.

Les *dimensions de la blessure vésicale* ont été des plus variables. Ponction simple, ouverture étroite, large incision atteignant tantôt une seule paroi, tantôt les deux parois à la fois, excision d'une grande portion de la paroi ont tour à tour été observées. Au point de vue des proportions excessives que peut revêtir un semblable accident, peu d'exemples sont aussi frappants que le mien. Ces différences, il faut bien le dire, n'ont d'ailleurs pas une très grande importance au point de vue du pronostic.

L'aspect de la plaie diffère suivant que celle-ci est produite par section ou par déchirure. Nette et apte à la réunion immédiate dans un cas, elle est, dans l'autre cas, déchiquetée, amincie et impropre à l'adhésion primitive.

PRONOSTIC.

Le pronostic est généralement bénin.

Lawson Tait, pendant une ovariectomie et une hystérectomie pratiquées le 10 septembre 1884, saisit en même temps que le pédicule un lambeau de paroi vésicale et détermina une fistule urinaire. L'opérateur déclarait à ses assistants que cet incident n'empêcherait pas la malade de guérir. La guérison fut, en effet, obtenue sans difficulté.

Dans une lettre adressée au professeur Jackson, le même chirurgien dit textuellement : « J'ai pris plusieurs fois une partie de la base de la vessie dans le fil métallique du serre-nœud et rien n'en est résulté, si ce n'est qu'une fistule persista pendant quelques semaines, mais la guérison a été constante. Mon impression de tout temps a été qu'on fait beaucoup trop de cas des lésions de la vessie dans les opérations pratiquées sur l'abdomen et le bassin. »

Cette bénignité des lésions chirurgicales de la vessie est, du reste, établie par l'expérimentation.

Snamenski (1), dans le but de confirmer les recherches expérimentales de Maksirnoff, Vincent, Gluck et Zeller sur la résection partielle des parois et sur la suture de la vessie, a institué à Moscou un grand nombre de recherches sur des chiens, afin d'établir jusqu'où l'on pouvait aller dans l'excision des parois vésicales sans menacer la vie des animaux.

(1) N. Snamenski. Ueber partielle Resektion der Blasenwand. (*Medizinskoje obosrenje*, 1884. Fel. Hft; anal. in *Centralb. f. Chir.*, 1884, n° 14, p. 233, trad. dans les *Annales génit.-urin.*, 1884.)

L'auteur a réséqué la moitié supérieure de la paroi vésicale antérieure, toute cette paroi antérieure, enfin toute la vessie à l'exception de la partie où viennent s'ouvrir les uretères et d'une partie de la paroi antérieure pour faciliter la suture.

Tous les chiens de la dernière catégorie moururent, la plupart le troisième jour, de péritonite. Un seul vécut seize jours. A son autopsie, on trouva une vessie piriforme, de la grosseur d'une noix, les uretères quadruples, les bassinets dilatés, la plaie abdominale réunie par première intention. Le péritoine vésical avait son aspect normal. On ne pouvait distinguer la place de la suture; mais, à un endroit où le péritoine était adhérent à la vessie, on reconnaissait par le toucher un épaississement de la paroi vésicale. La mort était due à l'urémie.

Les animaux à qui l'on réséqua totalité ou portion de la paroi vésicale antérieure guérèrent tous, sauf un seul, et la réunion primitive fut obtenue. Au chien qui succomba l'on avait fait, comme suture profonde, une suture de pelletier qui se relâcha, si bien que dans la suite l'animal mourut de péritonite.

La clinique vient plaider dans le même sens. A l'encontre de l'aphorisme hippocratique, qui faisait de toute blessure vésicale, tant chirurgicale qu'accidentelle, un accident fatalement mortel — *cui persecta vesica, lethale* — la chirurgie antiseptique actuelle reconnaît à ces différentes lésions une égale bénignité, mais à la condition expresse qu'elles soient à temps reconnues et réparées.

DIAGNOSTIC.

1^o *Diagnostic préopératoire des dispositions anormales de la vessie.* — Tout d'abord, disons-le bien haut, le mieux est de prévenir ces accidents en s'attachant à reconnaître d'avance l'existence des adhérences et les déplacements du réservoir vésical.

L'étude des troubles urinaires, si bien faite par Terrillon, sera d'une grande utilité pour le diagnostic. Ces troubles peuvent être ramenés à deux types cliniques principaux : 1^o fréquence plus grande de la miction ; 2^o diminution des urines allant parfois jusqu'à la rétention notée 10 fois sur 94 malades par Ch. West (1). Très rarement, on observe de l'incontinence par regorgement.

Le cathétérisme lui-même peut apporter son contingent de renseignements au diagnostic des rapports anormaux contractés par la vessie adhérente. Tantôt, en effet, la sonde pénètre à une profondeur excessive qui implique un agrandissement considérable de la cavité vésicale. Tantôt, il se produit, quelques secondes après le cathétérisme évacuateur, une miction spontanée ; cette dernière particularité révèle l'existence dans la vessie de plusieurs compartiments — ordinairement deux — superposés et séparés l'un de l'autre par un orifice étroit. La sonde a évacué seulement la cavité inférieure. Reste en haut, généralement au-dessus du pubis contre lequel est produit par compression un collet de séparation, un prolongement où la sonde n'a pas pénétré. C'est cet étage supérieur qui se videra ultérieurement de lui-même dans la cavité inférieure où elle va provoquer le besoin d'uriner, la miction spontanée. On trouve un remarquable exemple de cette vessie à double étage dans l'observation de Pozzi.

A l'aide de ces données bien interprétées, le chirurgien n'ouvrira le ventre qu'avec précaution, en utilisant le cathéter métallique, tenu constamment en place dans la vessie, de manière à bien délimiter les contours de cet organe. Il pourra même pratiquer une injection destinée à distendre et à faire bomber le globe vésical rendu de cette manière plus apparent, plus facile à respecter.

(1) Ch. West. *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. par Mauriac, 1870, p. 623.

Si pourtant la vessie est ouverte par le chirurgien, cette lésion doit être reconnue au plus vite pour être réparée aussitôt.

2° Diagnostic de la blessure vésicale. — Pour la reconnaître, l'on ne devra pas oublier la consistance particulière de la paroi vésicale relevée par plusieurs chirurgiens et nettement perçue par moi-même. L'on devra se rappeler aussi la grande vascularité de la vessie sur laquelle Dudley, cité par Jackson, insiste en ces termes : « Je signalerai, comme un dangereux indice susceptible d'empêcher la blessure de la vessie, la vascularité de ses parois. Cette vascularité cause toujours une hémorragie abondante que ne saurait expliquer l'incision de la paroi abdominale (1). » Je dois dire cependant, à l'encontre de Dudley, que chez mon opérée il ne se produisit pas d'écoulement sanguin appréciable. Enfin, après toute laparotomie compliquée d'adhérences, il faut, avant de suturer la plaie, examiner attentivement la vessie.

Il arrive toutefois que la plaie vésicale passe inaperçue sur le ventre ouvert et que le chirurgien referme l'abdomen dans ces conditions.

Le *diagnostic rétrospectif* de la lésion est encore possible et facile. Le cathétérisme amène-t-il, immédiatement après la laparotomie, comme dans le cas qui m'est personnel, quelques gouttes de sang? Ou bien une injection boriquée poussée dans l'urètre ne revient-elle point complètement par la sonde? Le doute ne peut persister et une indication formelle se pose : il faut rouvrir l'abdomen. Même conduite à tenir si des phénomènes surgissent du côté du péritoine, ou si un phlegmon uro-purulent éclate, ou bien encore si l'excrétion urinaire est supprimée. Enfin, si, au bout

(1) 29° cas.

d'un temps plus ou moins long, de l'urine s'échappe par la plaie opératoire, cette urine viendra elle-même révéler l'accident jusque-là méconnu et commander la marche à suivre.

TRAITEMENT.

La blessure reconnue doit être réparée. Au point de vue de l'*intervention réparatrice*, trois éventualités sont possibles :

1° La plaie vésicale a été constatée pendant ou immédiatement après l'opération.

S'il n'y a pas de perte de substance ou si la perte de substance n'exclut pas la possibilité de reconstituer aussitôt un réservoir vésical utile, il faut faire à la soie fine ou au catgut une suture totale de la plaie. Une sonde à demeure sera laissée pendant les deux premiers jours. Puis, tout cathétérisme sera supprimé s'il s'agit d'une plaie petite, mesurant moins de deux centimètres. Si la plaie est plus étendue, l'on sondera la malade, toutes les trois heures, pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que le sang disparaisse des urines.

Si l'on a affaire, comme chez mon opérée, à une vaste résection de la paroi vésicale, il faudra combiner la suture au drainage hypogastrique. Parfois même, il sera indiqué de transplanter un lambeau autoplastique au-devant de l'orifice vésico-abdominal, comme dans le cas rapporté par Sanger.

2° Une seconde éventualité peut se produire.

L'accident a été méconnu pendant et après l'opération. Bientôt éclatent des phénomènes péritonéaux menaçants, de l'infiltration uro-purulente, ou bien l'excrétion urinaire est supprimée. Le chirurgien, en ces différents cas, doit rouvrir l'abdomen, déterger la plaie et, suivant la circonstance, suturer ou drainer la vessie.

3° Enfin, c'est au bout de plusieurs jours qu'apparaît un suintement d'urine par l'incision opératoire et

qu'une fistule vésicale s'installe au-dessus du pubis. L'on parera à cette complication par les moyens classiques, qu'il paraît superflu de rappeler ici.

J'en reviens, pour finir, à la malade qui fait l'objet de ce travail.

Elle a été pour moi l'occasion d'une faute qui pourra profiter à quelque autre chirurgien, aussi bien qu'à moi-même. En réparant cette faute de mon mieux, de façon à rétablir l'intégrité parfaite des fonctions vésicales, j'aurai peut-être trouvé quelque excuse au coup de ciseaux malheureux dont je viens de rapporter l'histoire (1).

M. Régis. J'ai peu de chose à ajouter à ce qu'a dit M. Louveau, dans son remarquable travail, au sujet de l'état mental de sa malade et à ce que j'en avais dit moi-même en la présentant, il y a deux mois. Il s'agissait d'une *folie post-opératoire* à type mélancolique, avec hallucinations, surtout psycho-motrices, reposant sur un fond de *confusion mentale*. Après une amélioration très marquée de l'état physique et psychique, qui permettait d'espérer à brève échéance une guérison plus ou moins complète, la malade a rechuté brusquement, sous

(1) Ces pages étaient écrites le 7 juillet. Le 15, la malade, ayant pu se soustraire un instant à la surveillance dont elle était ordinairement entourée, s'arrosa d'huile de pétrole et se mit à feu. Elle succombait vingt-quatre heures plus tard, malgré les soins très dévoués que lui prodiguèrent MM. les Drs Peyre, Régis et Fourquet, aux plus horribles brûlures. Le jour même de l'accident correspondait, paraît-il, à l'échéance d'une traite fortement appréhendée. Le mauvais état croissant des affaires et de la situation de la famille avait contribué depuis un mois, me dit à ce propos M. Régis, à aggraver les troubles psychiques. L'acte sinistre qui fut la terminaison de cet état mental constitue moins, il me semble, un acte de suicide délirant tel qu'on l'observe dans la mélancolie qu'un affolement surajouté, déterminé par des causes morales réelles et logiquement raisonnées. En tous cas, la forme de folie observée ici était une lypémanie semblable à celle qui survient dans les psychoses infectieuses des maladies aiguës ou dans les états morbides post-opératoires. Elle avait pour caractéristique la *confusion mentale*. L'opération n'aurait agi, chez notre malade, qu'en raison d'une prédisposition antérieure et n'aurait été que la cause déterminante de l'aliénation mentale.

l'influence, ignorée tout d'abord, de causes de chagrin réelles et profondes, qui se sont dressées à ce moment devant elle. Si bien qu'elle paraît en avoir fini avec la vie plutôt poussée par un désespoir et une impuissance morale légitime, que sous l'empire d'idées véritablement délirantes; car les aliénés ont, comme les gens sensés et pour les mêmes motifs, leurs joies et leurs douleurs.

Je tiens à insister particulièrement, à l'occasion de ce cas, sur le caractère clinique de *confusion mentale* qu'il a revêtu, comme cela a lieu habituellement dans les psychoses par auto-intoxication ou par infection, ainsi que je le signale dans mon rapport sur les auto-intoxications dans les maladies mentales qui va être discuté au prochain Congrès des médecins aliénistes de La Rochelle. Au début même, comme on l'a vu, la malade a présenté des hallucinations visuelles tout à fait identiques à celles du délire alcoolique, ce qui paraît être la règle dans les délires infectieux ou auto-toxiques aigus. Je rappellerai, à ce propos, un fait récent qui m'a beaucoup frappé. Notre collègue, M. Dudon, m'ayant prié de voir un malade auquel il avait fait la taille hypogastrique et qui avait été pris de troubles psychiques le lendemain de l'opération, je constatai, chez lui, l'existence d'un délire aigu, fébrile, tellement semblable au délire alcoolique, que je ne pus m'empêcher de m'enquérir de ses antécédents au point de vue de la boisson. Ayant acquis la certitude de sa sobriété absolue, je conclus, sans préciser davantage, à l'existence d'un délire aigu toxique. Bientôt après, l'opéré présentait des signes d'urémie; aujourd'hui, il est entièrement rétabli. C'était donc bien d'un délire aigu toxique qu'il s'agissait, mais d'un délire aigu par intoxication interne, et le fait a de l'importance puisqu'il établit, d'une part que la folie post-opératoire peut être d'origine toxique, d'autre part que les folies toxiques, qu'elles soient d'origine externe ou d'origine interne, ont non seulement une même étiologie, mais encore des caractères cliniques identiques.

La séance est levée.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. Davezac. Je désire rapporter un fait que me rappelle la question soulevée dans la dernière séance au sujet des psychopathies post-opératoires. Il s'agit d'une de mes clientes, au système nerveux bizarre, qui subit l'ovariotomie pour plusieurs petits kystes ovariens. L'opération, malgré quelques accidents péritonéaux, fut suivie de guérison; mais, quinze jours après l'intervention chirurgicale, éclatèrent des phénomènes de lypémanie aiguë qui persistèrent pendant dix-sept jours. Entre autres particularités notées durant cette période, je signalerai l'habitude qu'avait prise la malade de frotter constamment ses talons l'un contre l'autre. Une tuberculose pulmonaire éclata ensuite qui, en quelques semaines, amena la mort. Aucun antécédent nerveux héréditaire n'avait été relevé. Je n'avais pu trouver dans l'histoire personnelle de la malade que son caractère sombre et ignorant.

M. Davezac. Je dépose sur le bureau de la Société la courbe de l'épidémie variolique observée à l'hospice de Pellegrin depuis le mois de février 1893 jusqu'au mois de juillet actuel. Le pourcentage de la mortalité est de 16,37 %. La mortalité est due en grande partie à la variole hémorragique.

Prima mensis.

Les maladies le plus fréquemment observées dans le courant de juillet sont : la variole, la varicelle, la rougeole, dont un cas suivi de mort; des érysipèles, du rhumatisme articulaire aigu.

M. Chabrely rapporte un cas de blépharite parasitaire

observé chez un enfant de trois ans et qui était dû au *pediculus pubis*.

M. Sous. L'affection que nous signale M. Chabrely est anciennement connue, mais aujourd'hui elle est assez rare. Elle était désignée sous le nom de *phthiriasis des paupières*. Les anciens auteurs s'en sont occupés beaucoup plus longuement que de nos jours, probablement parce qu'à cette époque les soins de propreté n'étaient pas ce qu'ils sont aujourd'hui. Les auteurs récents parlent de cette maladie, mais d'une manière très succincte.

M. W. Dubreuilh. Il existe sur le *phthiriasis palpébral* un mémoire étendu publié, il y a deux ans, par Jullien. Le *pediculus pubis* est le parasite que l'on rencontre toujours dans cette affection.

Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Présentation de malade.

M. W. Binaud présente, au nom de M. Demons, un malade, âgé de trente-quatre ans, atteint d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Les caractères que revêt l'affection chez ce sujet sont en tous points semblables à ceux que l'on trouve relatés dans le mémoire primordial de M. Marie. (De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. *Rev. de Méd.*, janv. 1890) et dans les observations semblables qui ont été publiées depuis. (V. Alb. Lefebvre. *Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire*. Th. de Paris, 1891.)

Des diarrhées infantiles et de l'emploi du lait stérilisé chez les enfants.

M. R.-Saint-Philippe lit le travail suivant :

I

La saison chaude, remarquable surtout par sa continuité, que nous venons de traverser, le grand nombre de diarrhées infantiles que les médecins ont eu à

traiter et qui, loin de diminuer, iront en augmentant pendant les mois d'août et de septembre; disons-le aussi, le désarroi qui règne pour quelques-uns dans la confusion croissante des idées nouvelles et des enseignements de la vieille clinique, toutes ces conditions font un devoir en ce moment à chacun d'apporter le résultat d'observations patiemment poursuivies et susceptibles d'être utiles à tous.

La consultation externe de l'hôpital des Enfants est une pépinière riche comme pas une en faits de cette nature. Depuis le commencement des chaleurs de cet été, douze cents enfants environ, atteints de diarrhée, ont passé sous mes yeux. C'est donc le résultat de mon expérience, fortifiée de mes réflexions antérieures, que j'apporte ici, et non pas un travail dogmatique, étayé de théories plus ou moins fantaisistes.

Pour la pratique, au lieu de se perdre dans des divisions innombrables, il me paraît commode de distinguer les DIARRHÉES :

1° Chez l'enfant au sein ;

2° Chez l'enfant au biberon ;

3° Chez l'enfant sevré, de douze à vingt-quatre mois.

1° *Chez l'enfant au sein*, la diarrhée est tantôt jaune et tantôt verte. Pendant les premiers mois, le plus habituellement cette diarrhée est due à une hypersécrétion biliaire, à de la *polycholie*. L'examen chimique dénote une réaction biliaire intense. Le nombre des selles est variable : il oscille entre quatre et dix ; il n'y a pas d'autres phénomènes de dyspepsie, pas de vomissement. Dans ces cas, l'enfant prend trop de lait, soit que les tétés soient trop rapprochées, soit qu'il tette une nourrice au lait abondant et fort, au lieu de prendre le lait maternel, plus approprié à son âge. D'autres fois, cette diarrhée bilieuse, qui persiste malgré le règlement des tétés, est due à un défaut de digestion chimique assez difficile à préciser

et qui résulte simplement de ce que le lait de la nourrice n'est pas *adéquat* à la puissance digestive de l'enfant. Quoi qu'il en soit, cette espèce spéciale de diarrhée verte n'est point microbienne. L'acide lactique, dont beaucoup de praticiens abusent, ne lui est pas applicable, dans la pensée même de son auteur, M. Hayem. Il échoue, alors que la pepsine (50 centigrammes) unie à l'acide chlorhydrique (5 gouttes) dans une potion simple, donnée un quart d'heure avant chaque tétée, réussit merveilleusement; ou bien le bicarbonate de soude ou bien, enfin, l'antipyrine (à la dose de 50 à 60 centigrammes) dans une potion de même nature et aux mêmes doses, ainsi que je l'ai préconisé avec un succès aujourd'hui bien constaté.

L'antipyrine réussira encore également bien chez les enfants au sein, quand, avec une diarrhée biliaire abondante, verte ou jaune, fétide ou non, il existe de la fièvre, de l'agitation nocturne, à l'époque par exemple d'une évolution dentaire difficile. Dans ces cas-là, il n'y a pas d'*infection* proprement dite. Les voies digestives ne sont pas encombrées. Il n'y a d'autre indication que d'enrayer une sécrétion trop abondante, de réprimer un écart de régime, de calmer l'état nerveux, d'enrayer peut-être un réflexe.

2° Chez l'enfant au biberon, la diarrhée n'est déjà plus la même. Ici, elle se présente sous deux formes, ou plutôt sous trois formes principales. Tantôt c'est de la *lientérie* pure, avec selles jaunâtres et parfois tachées de vert à leur surface. Sous l'influence de l'acide nitrique, la teinte devient plus verte. Elles offrent une très forte odeur de fermentation, une odeur même de macération anatomique. La *lientérie* existe seule, sans dyspepsie ni vomissement; elle est apyrétique. Elle devient souvent chronique et difficile à guérir.

Tantôt c'est de la diarrhée *graisseuse*. Le lait est

coagulé par l'acidité de l'estomac, mais la caséine n'est pas rendue assimilable, et la graisse n'est pas modifiée par suite des troubles dans les sécrétions hépatique et pancréatique. Les selles apparaissent formées de granulations graisseuses de caséine coagulée. Le public dit, lui, qu'elles sont *grenillées*. Le plus souvent alors, si l'enfant ne prend pas d'autre alimentation, c'est qu'on lui donne, ainsi que le fait se produit souvent, du lait en *trop grande quantité*. On voit communément des enfants de deux, trois et quatre mois qui prennent un litre et plus de lait de vache, alors que les enfants au sein, suivant les estimations de Bouchaud et de Tarnier, n'arrivent à prendre cette quantité qu'au huitième et neuvième mois de leur existence.

Tantôt enfin, sous l'influence d'un vice, soit dans le contenant, soit dans le contenu, c'est à dire dans le biberon ou dans le lait, les selles prennent une coloration franchement verte : on dirait des herbes cuites hachées. C'est la vraie *diarrhée verte bacillaire*, habituellement alcaline, dans laquelle Lesage a cru trouver un pigment spécial sécrété par la bactérie pathogène, et où l'acide lactique, antiseptique dit-on pour le bacille, a été donné comme spécifique. Tant que les selles ne dépassent pas six en moyenne dans les vingt-quatre heures, c'est possible, et chacun a pu constater que ce médicament rendait quelques services, surtout si l'on arrive en même temps à pouvoir découvrir et à modifier le vice alimentaire. Mais dès que leur nombre atteint dix et quinze par jour, dès que la dyspepsie-gastrique s'en mêle et que les vomissements apparaissent, il devient absolument infidèle. Il n'y faut plus compter, sous peine de mécompte, pas plus que dans l'*entérite cholériforme*, le choléra infantile, que cette diarrhée spéciale précède souvent ou dans laquelle elle intervient à titre d'épiphénomène. Alors,

dans ces circonstances véritablement solennelles, il ne faut plus s'attarder à de petits moyens et aux petits remèdes. L'indication est pressante et, pour ma part, je n'hésite pas :

- a. A cesser absolument le lait durant plusieurs jours;
- b. A le remplacer par des boissons glacées et alcoolisées;
- c. A faire de la révulsion, par la sinapisation principalement;
- d. Enfin et surtout à nettoyer et à désobstruer les voies digestives par le *calomel*, donné même aux tout petits enfants, par doses appliquées à leur âge. UN centigramme, TROIS fois par jour, jusqu'à trois mois; UN centigramme, CINQ fois par jour, jusqu'à six mois; UN centigramme, DIX fois par jour, jusqu'à un an et au delà; et cela pendant plusieurs jours jusqu'à ce que les selles se soient modifiées. Rien, je le déclare nettement, ne m'a réussi comme cette méthode qui demande à être menée avec vigueur et qui est la seule rationnelle. Le délicat est de trouver une bonne suite à ce traitement et le difficile de reprendre l'alimentation lactée. C'est ici qu'une observation attentive et avisée est de rigueur. Je donne fréquemment alors la teinture de rhubarbe, l'acide chlorhydrique, l'élixir parégorique, quelquefois même le laudanum, à doses très fractionnées, et je surveille avec grand soin l'effet des *premières cuillerées* de lait spécial (lait stérilisé) que je conseille surtout.

Chez les enfants de cette espèce et chez ceux dont je vais parler dans un instant, il existe une forme peu connue encore de *catarrhe gastro-duodéal*, à forme septicémique suraiguë, avec selles pas très fréquentes, mais pâteuses, argileuses, infectes, qui enlève les enfants avec une extrême rapidité. Mais j'estime que celle-là a besoin d'être traitée à part, et je me propose de l'étudier avec soin dans un travail prochain.

3° Chez l'enfant sevré, la diarrhée prend un aspect et des allures distinctes. Elle mérite d'être retenue. Si les enfants au biberon sont gorgés d'un lait malfaisant, soit par son excès, soit par sa qualité, on peut dire que les enfants sevrés sont, même dans les milieux les plus intelligents, soumis à une alimentation déplorable que les fortes chaleurs, qui empâtent l'estomac et le disposent au catarrhe, qui modifient les sécrétions salivaire, stomacale et intestinale, changent bientôt en substances délétères, funestes pour les voies digestives, et bientôt en toxines dangereuses pour l'organisme. On voit communément des enfants de douze à quinze mois, qui n'ont que quelques dents, se nourrir d'œufs, de poissons, de viandes, de pâtes alimentaires alourdies par des phosphates indigestes, etc. Interrogez les parents ou faites-vous montrer les selles et vous verrez le résultat de ces erreurs de diététique, dont les familles ne sont pas toujours les seules responsables ! C'est l'entérite qui survient ou plutôt qui ouvre la marche, avec ses selles muqueuses, séreuses, glaireuses, sanguinolentes, avec de l'amaigrissement, de la fièvre, de l'insomnie, de l'irritation cérébrale, avec cette forme chronique, si difficile à atteindre, qui mène trop souvent à l'athrepsie, au rachitisme ou à la tuberculose. En pareil cas, si l'on veut obtenir quelque résultat, il faut, en outre d'une grande persévérance, s'armer d'une grande énergie. Il faut reprendre l'alimentation *ab ovo*, absolument à son point de départ, supprimer tous mets solides, quelquefois prescrire le régime lacté absolu, d'autres fois y joindre l'usage de la viande crue (celle du mouton de préférence, qui ne donne jamais naissance au *tænia* comme celle du bœuf).

Comme traitement, l'antisepsie intestinale s'impose encore : le calomel, l'huile de ricin, la magnésie calcinée ; puis le salicylate de bismuth ou le naphthol gra-

nulé. Je me suis bien trouvé de la créosote, suivant la méthode allemande, à la dose de 5 gouttes par jour, dans une petite potion gommeuse, ou du perchlorure de fer associé à de l'eau sucrée et alcoolisée, à la dose de 12 à 20 gouttes par jour, suivant l'âge, à prendre en plusieurs fois dans la journée.

En résumé, la *diarrhée* chez l'enfant ne doit plus être traitée *au jugé* par une simple potion astringente. Le médecin, pour l'enrayer ou pour la guérir, devra établir son jugement sur la considération de l'âge de l'enfant, sur son genre d'alimentation, sur les circonstances adjuvantes, mais il devra l'appuyer surtout sur une étude attentive des selles, dont les caractères ont, aujourd'hui plus que jamais, besoin d'être déterminés avec certitude.

II

Guérir la diarrhée chez les enfants, c'est bien. La prévenir, c'est bien mieux. C'est à quoi travaillent depuis des siècles tous ceux qui se vouent à ces attachantes études. On a d'abord attaqué et poursuivi si vivement le biberon (ce grand générateur des troubles digestifs) que, sans avoir atteint à coup sûr la perfection, on est arrivé, à force de soin et d'ingéniosité, à diminuer beaucoup les inconvénients, les dangers de ce contenant. Maintenant, c'est au contenu qu'on s'en prend, au lait, et l'on s'efforce de remplacer, avec le moins de danger possible, le lait maternel *par un lait animal*, délivré et administré dans toutes les conditions de sécurité que la sagesse humaine peut prévoir.

On a proposé et employé avec succès le lait provenant de la vache, de la chèvre et, plus récemment, le lait d'ânesse. Pour des raisons que je n'ai pas à énumérer, c'est le lait de vache qui est de beaucoup le plus employé. Mais ce lait a lui-même des inconvénients qu'il importait d'atténuer, sinon de faire dispa-

raître entièrement. Sans insister, il est permis de dire que le lait, tel qu'il est livré à la consommation, est quelquefois dangereux et peut introduire dans l'économie du consommateur les germes de différentes maladies graves. Le faire bouillir ne résolvait pas le problème, l'ébullition faisant subir au lait des modifications qui en diminuent la digestibilité. Le porter à une température très basse empêche certainement le développement des fermentations et par cela même la pullulation des microorganismes. Mais on ne les détruit pas et après ce temps d'arrêt, ils cultivent avec une nouvelle vigueur dans le tube digestif qui les reçoit. Le seul procédé est l'emploi de *la chaleur*.

C'est celui qui est en faveur. C'est de lui que je voudrais dire un mot maintenant. Après Paris, Bordeaux s'est procuré du *lait stérilisé*, et j'aime à rappeler que c'est la Société protectrice de l'Enfance de la Gironde qui a pris l'initiative de l'introduction chez nous de ce progrès vraiment appréciable.

Il faut distinguer, d'une part, les moyens employés en grand par le commerce et nécessitant un outillage spécial et coûteux, à la portée seulement des industriels; d'autre part, les procédés relativement simples qui se multiplient chaque jour et qui, à peu de frais, permettent à chacun de stériliser le lait que l'on emploie, soit pour le nouveau-né, soit pour son usage personnel.

Parmi ces derniers, il faut citer les appareils de Soxhlet et de Gentile qu'on trouve chez tous les fabricants d'instruments de chirurgie et qui sont d'un maniement assez commode. Nous ne les décrirons pas, renvoyant ceux que la chose intéresserait à l'ouvrage de M. le Dr Chavane qui traite complètement de ces sujets. C'est de l'appareil Gentile que je me sers à l'hôpital des Enfants avec de bons résultats. Il a cet avantage, qu'il permet de stériliser de petits flacons

de 100, de 150, de 200 grammes, qui ne sont débouchés qu'au moment même de la consommation et qui peuvent être consommés en une fois. Le bouchage se fait dans cet appareil par le vide à l'aide d'une rondelle de caoutchouc. Le chauffage doit être environ de quarante-cinq minutes.

Mais ces appareils — de famille si on peut dire — ne peuvent servir qu'entre des mains intelligentes et expérimentées et dans des conditions spéciales. Beaucoup de gens préféreront, dans les grandes villes surtout, s'épargner les ennuis de la préparation toujours délicate des flacons à stériliser, et s'adresser aux flacons tout préparés de demi-litre que le commerce livre.

A Bordeaux, la Laiterie bordelaise prépare aujourd'hui avec un succès qui ira toujours croissant, je l'espère, de grandes quantités de lait stérilisé en flacons hermétiquement fermés et qui peuvent se conserver indéfiniment, jusqu'à un et deux mois. Le lait, choisi avec soin, est apporté, matin et soir, à la fabrique, où il subit les manipulations suivantes :

Après avoir été essayé, au point de vue de sa richesse en beurre et en caséine, il est soumis à un filtrage qui le débarrasse des impuretés qui ont pu le souiller depuis la traite jusqu'à la livraison.

Puis, il est chauffé au bain-marie à 85° et brassé, manœuvre qui ne manquerait pas de le faire tourner s'il n'était pas normal. Puis, il est porté à une température élevée, 110°, 115°, 120°, avec un tour de main qui prévient l'ébullition, tout en assurant la *stérilisation* du lait. Les bouteilles sont pourvues, comme les bouteilles à bière, d'une fermeture automatique fixée au goulot. Le bouchon, en émail, est entouré d'une bague en caoutchouc qui assure, quand l'opération est terminée, un contact parfait et empêche la rentrée de l'air.

Le lait de notre Laiterie bordelaise a été soumis à l'examen de chimistes éminents qui ont proclamé qu'il n'avait subi aucune altération, que sa composition était restée sensiblement la même, avec une proportion plus forte de *beurre* et de *caséine*. Il est seulement un peu jauni et offre quelques grumeaux qui disparaissent par l'agitation.

Les microbiologistes, appelés à se prononcer, ont déclaré n'avoir point trouvé de traces de gros microbes dans ce lait; toutefois, ils ajoutent cette restriction: que la stérilisation n'est pas absolue par cette raison que quelques jours après ces laits finissent toujours par cultiver.

Nous croyons qu'il ne faut pas être trop absolu en pareille matière et qu'il importe de faire une distinction logique entre la stérilisation de *laboratoire* et la stérilisation *pratique*.

Pour arriver à la première, pour tuer les 2,500 à 250,000 germes qui existent, d'après Bitter, dans tout lait pris au hasard, il faudrait une manipulation, une poussée de température qui risquerait d'altérer profondément le lait, sa couleur, son goût et ses qualités d'assimilation. N'est-ce pas ici que le mieux risquerait d'être l'ennemi du bien? En tout cas, de nouvelles études sont nécessaires.

Ce qu'il y a de sûr, c'est que le lait fourni par la Laiterie patronnée et surveillée sévèrement par la Société de l'Enfance, après quelques essais, quelques tâtonnements, quelques surprises, se présente à l'œil sous un aspect favorable; qu'il est riche en matières protéiques, qu'il est parfaitement digestible, et qu'il est au moins *très propre*. On a dit que la caséine du lait de vache se coagule et forme dans l'estomac de gros caillots qui peuvent être ainsi une cause de troubles digestifs. Il n'en est plus ainsi justement lorsque le lait a été porté à une haute température sans *avoir bouilli*.

Comment ce lait doit-il être employé? Deux alternatives se présentent.

Ou bien l'enfant est bien portant et nouveau-né : mais il faut l'allaiter artificiellement, soit parce que la nourrice manque, soit parce que le lait de la mère est insuffisant. Alors le résultat est de tous points excellent. MM. Budin et Chavane viennent de l'affirmer cette semaine à l'Académie de Médecine, et moi-même, dans mon service de la crèche à l'hôpital des Enfants, j'ai été satisfait, en somme, de mes propres constatations. Le tout est d'éviter avec soin la surcharge alimentaire, de se rapprocher le plus possible des conditions de l'allaitement maternel.

Faut-il couper ce lait? A ce point de vue, tout le monde n'est pas d'accord. Les uns soutiennent, avec Tarnier, que le lait de vache contenant plus de matières nutritives, il faut l'additionner d'une certaine proportion d'eau. MM. Budin et Chavane, d'accord avec Parrot, le donnent pur. Personnellement, je l'avoue, je le coupe encore d'un quart d'eau, tout au moins pour débiter, chez les très jeunes enfants. Les deux méthodes sont à comparer. L'expérience prononcera. Si le lait de vache, par sa stérilisation, se rapproche du lait de femme, rien de mieux. Mais la démonstration expérimentale n'est pas faite. Je crois seulement que quand on est en possession, comme nous à Bordeaux, d'une eau de table absolument pure, ainsi que l'ont affirmé les hommes les plus autorisés, il n'est pas nécessaire de faire *bouillir* cette eau de coupage qui devient lourde et n'est pas meilleure que toutes les décoctions féculentes si prônées jadis.

- Ou bien l'enfant est malade, a de la diarrhée, de la dyspepsie, des vomissements. En pareil cas, M. Comby estime que la substitution du lait stérilisé au lait ordinaire suffit pour dissiper ces troubles divers et pour remettre l'enfant en équilibre. Je ne suis pas tout à

fait de cet avis. J'estime qu'alors il vaut mieux commencer par faire de l'*antisepsie gastro-intestinale*, suspendre l'usage du lait pendant quelques jours et reprendre avec le lait stérilisé, en procédant avec les plus grands ménagements et en diluant encore un peu, tout au moins au début, ce nouveau lait auquel les estomacs ne sont pas faits. Du moins, c'est ainsi que j'ai procédé depuis que nous sommes en possession d'une fabrique bordelaise de lait stérilisé, et je n'ai pas vu qu'il y eût à s'en repentir. Ma statistique le démontrerait avec évidence.

Pour terminer, et sous formes de conclusion, je me crois autorisé à dire : la diarrhée saisonnière, qui décime la population infantile de nos grandes villes, frappe surtout les enfants privés du sein maternel, nourris au biberon, avec du lait trop souvent falsifié ou altéré par la chaleur. Un bon moyen de la prévenir et ensuite de la guérir définitivement — en dehors du traitement pharmaceutique — réside dans l'emploi du *lait stérilisé*. Le lait stérilisé est préférable au lait non stérilisé, pour deux raisons : il est indemne de tout organisme vivant, au moins pathogène ; il est plus facilement assimilable que le lait bouilli et même que le lait cru. Pour le mettre en usage, il suffit de le tiédir au bain-marie, de le sucrer légèrement et de le couper d'eau non bouillie, au moins pour débiter ; en se tenant — pour le quantum — à égale distance du défaut et de l'excès. Avoir soin de ne pas reboucher la bouteille ; la recouvrir seulement et la tenir au frais. La balance et l'examen des garde-robes serviront de guides pour le reste.

L'alimentation par le sein reste toujours pour nous l'idéal auquel il faut tendre. Mais c'est un devoir aussi, pour répondre aux nécessités pressantes de la pratique, de chercher à améliorer sans cesse l'alimentation mixte ou artificielle du nouveau-né, en se

rappelant ce mot d'un académicien : qu'élever avec succès des enfants, sans le secours du sein, est un art véritable pour lequel les véritables artistes font généralement défaut.

M. Verdalle. M. R.-Saint-Philippe a-t-il observé cette année beaucoup de diarrhées infantiles ? J'en ai personnellement rencontré beaucoup moins.

M. R.-Saint-Philippe. J'en ai observé un nombre bien supérieur à celui des années précédentes : douze cents environ depuis trois mois.

M. Troquart. Il me semble peu logique de mêler le lait stérilisé à l'eau pure. Mieux vaudrait, semble-t-il, employer l'eau bouillie ou l'eau stérilisée de toute autre manière.

M. R.-Saint-Philippe. L'objection n'est judicieuse qu'en apparence. L'eau bouillie est, en effet, très lourde, d'une digestion extrêmement difficile. Aussi, tout en regrettant de ne pouvoir la faire bouillir, pour raisons de digestibilité, sommes-nous obligés de la donner pure. Celle de Bordeaux est d'ailleurs excellente.

M. Carles. A Bordeaux, l'on ne saurait trop le répéter, l'eau est excellente. En aucun pays, il n'en existe de meilleure, à mon sens. Pureté, composition chimique, combinaison bien proportionnée des éléments qui la constituent, pauvreté d'éléments organiques ; toutes les conditions se trouvent réunies pour faire de notre eau une eau pour ainsi dire parfaite.

M. Troquart. Ne serait-il pas possible de stériliser l'eau sans la faire bouillir ?

M. Carles. Le filtre Pasteur constitue un moyen des plus simples.

Hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés.

M. Oui lit le travail suivant :

J'ai l'honneur de communiquer à la Société de Médecine et de Chirurgie quatre cas d'hémorragies

gastro-intestinales des nouveau-nés observés à la Clinique d'accouchements et terminés par la guérison.

Je regrette vivement que ces observations ne soient pas toutes aussi complètes que je l'aurais désiré. Les deux premières ont été rédigées sur des notes personnelles. La troisième se rapporte à un cas qui s'est produit pendant mon absence et a été recueillie par M^{lle} Quillet, sage-femme du Service. Quant à la quatrième, j'ai dû me contenter des indications portées sur le cahier de la Clinique, indications un peu incomplètes.

Bien qu'ils fussent imparfaits, j'ai cru utile d'apporter ces documents nouveaux, car la question des hémorragies gastro-intestinales est loin d'être vidée et beaucoup de points en sont restés obscurs. Je n'ai pas, d'ailleurs, la prétention de l'élucider; mais l'accumulation des faits cliniques est toujours utile à l'étude générale d'une question.

Obs. I. — C... (Émile) est né à la Clinique le 22 janvier 1893, à minuit.

Mère primipare. Accouchement normal et rapide par le sommet O. I. G. A.

Le troisième jour, on s'aperçoit que l'enfant ne peut pas prendre le sein. On constate alors qu'il est pâle, absolument décoloré. Après l'avoir démailloté, on trouve ses langes enduits de melæna mélangé de méconium et de sang pur, le tout en grande quantité. Trois heures après, nouvelles selles sanglantes. Pas de vomissements.

Bain chaud à 40° environ. Lavement amidonné. Eau alcoolisée. Lait froid.

L'enfant est mis immédiatement dans la couveuse.

Le lendemain, à midi, l'enfant, qui avait pris à la cuiller quelques gouttes de lait froid, a encore une selle sanglante; mais l'hémorragie a été peu abondante.

Le séjour dans la couveuse a été continué jusqu'à la sortie de l'enfant, quatorze jours après la naissance. A

ce moment, son poids restait stationnaire et les tétées s'effectuaient régulièrement. Cependant, la diminution avait été telle que l'enfant pesait encore 500 grammes de moins qu'au moment de la naissance. Les tétées étaient insuffisantes comme quantité (45 grammes). Cette insuffisance était due à l'intolérance de l'estomac.

Obs. II. — B... (Pierre), né à la Clinique le 4 février 1893.

Mère primipare. Accouchement normal et très rapide (6 heures).

Le deuxième jour, à midi, en le démaillottant, on constate une selle sanglante mélangée de méconium. Le sang était absolument rouge. Dans l'après-midi, deux autres selles composées de sang pur en abondance. Bains chauds. Frictions alcooliques. Lait alcoolisé. Couveuse. Inhalations d'oxygène.

Dans la nuit, nouvelle selle sanglante. L'enfant devient livide et cesse de respirer.

Respiration artificielle. Bains chauds. Eau alcoolisée.

Sorti le treizième jour, ayant perdu jusqu'à 480 grammes de son poids initial et ne les ayant pas encore regagnés.

Obs. III. — T... (J.), né le 1^{er} avril 1893.

La mère a fait, en 1890, à la suite d'une chute, un avortement de quatre mois. Les recherches faites pour trouver quelque symptôme de syphilis ne font rien constater.

Cet enfant est né par le sommet. L'accouchement a été normal, bien qu'un peu prématuré (8 mois et demi). Il a duré douze heures.

Le lendemain de sa naissance, le nouveau-né vomit du sang pur en assez grande abondance. On essaie de lui faire boire quelques gorgées de lait. Il les rejette. On a recours alors à divers moyens : frictions alcooliques, inhalations d'oxygène, absorption d'eau alcoolisée. Les vomissements se reproduisent à plusieurs reprises dans la journée. L'anémie se prononce; la respiration devient difficile. Deux ventouses sèches, appliquées sur

la poitrine, semblent le ranimer un peu. Il prend quelques gorgées de lait et est placé dans la couveuse.

Le lendemain dans la matinée, on constate une selle sanglante abondante, sans mélange de méconium. Quelques autres se produisent dans la journée.

Cet enfant, placé dans la couveuse et allaité par sa mère avec les plus grands soins, est sorti de la Clinique ayant dépassé largement son poids initial et augmentant très régulièrement depuis plusieurs jours. Cependant, il était encore très pâle et très anémié.

Obs. IV (Incomplète). — S..., née à la Clinique le 15 novembre 1892.

Mère primipare, sans antécédents pathologiques. Accouchement rapide (6 heures) et normal par le sommet.

Le 17 novembre, quarante-huit heures après sa naissance, cette enfant présente du melæna.

Le lendemain 18, hématuries.

Traitement : eau alcoolisée, couveuse, lait glacé en petite quantité.

Sortie guérie.

Il est indéniable que ce qu'il y a de plus remarquable dans cette série d'observations, c'est la constance de la guérison.

Si nous nous reportons, en effet, aux mémoires les plus récents sur la question, nous trouvons que Silbermann accuse une mortalité générale de 56 %, et que dans son excellente thèse inaugurale (Paris, 1890), Dusser donne la proportion de 43 morts sur 78 cas qu'il a relevés, ce qui fait une mortalité de 55 % environ. Après avoir recueilli les faits publiés postérieurement à cette thèse et qui sont ceux de Remy, Grynfeldt, Pomorski et Herrgott, je trouve 5 cas avec 3 guérisons, et en ajoutant les observations que je vous apporte aujourd'hui 9 cas, dont 2 seulement suivis de mort. Au total, nous trouvons donc une mortalité de 51,6 %, en ajoutant à la statistique de Dusser les

cas que nous avons pu recueillir. Mais il reste à tenir compte des cas de morts non publiés, et ils doivent être nombreux.

Les différences accusées par les auteurs dans la terminaison de ces accidents tiennent à ce que les hémorragies gastro-intestinales sont, non pas une entité morbide bien définie, mais un symptôme commun à des maladies et à des lésions très différentes.

Il est facile de constater, en se reportant aux observations publiées, que souvent, en effet, ces hémorragies ont été liées à des lésions mortelles ou à des états pathologiques graves, alors que, dans d'autres cas, l'autopsie n'a démontré que de la congestion des muqueuses stomacale ou intestinale.

Dans les cas publiés par Rilliet et suivis de guérison, les hémorragies survenant chez deux jumeaux étaient dues évidemment à l'hémophilie. Dans les observations publiées par Schüppel, Lancereaux, Fischel, Auvar, Champetier de Ribes, Pinard, les enfants étaient manifestement syphilitiques, et ceux qui ont succombé sont peut-être morts autant de par leur état général que par l'accident qui semble avoir le plus agi.

N'en est-il pas de même dans les cas où l'hémorragie était liée à la pyohémie (Buhl et Necker), dans les cas où Bar a rencontré dans le sang de nombreux streptocoques et aussi dans le fait observé par Gübler et rapporté dans la thèse de Ribemont-Dessaignes, où l'enfant avait à la fois de la variole et du purpura.

Les lésions de l'encéphale trouvées par Pomorski, hémorragies du cervelet et des pédoncules cérébelleux, ne suffisent-elles pas par elles-mêmes à expliquer la mort que l'hémorragie gastro-intestinale n'aurait fait que précipiter?

Enfin, l'atrophie des cavités gauches du cœur ob-

servée par le professeur Herrgott et qu'il considère comme ayant été la cause de l'hémorragie gastro-intestinale, dans le cas qu'il a rapporté à la Société obstétricale de France, ne constituait-elle pas une lésion incompatible avec l'existence?

La diversité des lésions observées rend d'ailleurs très obscure l'étiologie de ces hémorragies ou plutôt permet d'attribuer des causes très variables à cet accident.

C'est ainsi que les malformations congénitales du cœur observées par Herrgott, Nieberding et Diem, semblent être bien réellement la cause de l'hémorragie. Il en est de même pour la syphilis et pour les accidents infectieux. Les ulcérations de l'estomac et de l'intestin trouvées à l'autopsie par Pomorski, Sawtell, Hecker et Buhl, Von Busch, sont non moins évidemment le point de départ des hémorragies gastro-intestinales; mais alors, de nouveau, les dissensions s'accusent, puisque les uns, comme Landau, invoquent comme cause de l'ulcération la thrombose veineuse, d'autres l'endartérite syphilitique, et que certains, comme Klebs, pensent même à invoquer l'action d'une bactérie spéciale. Rehn, d'ailleurs, n'a-t-il pas trouvé dans un cas de melæna des embolies de microcoques? Pomorski, après avoir constaté dans un cas la coexistence d'hémorragies cérébelleuses et bulbaires et d'hémorragies gastro-intestinales et pulmonaires accompagnées d'ulcérations de l'estomac et du duodénum, a pensé que les lésions encéphaliques étaient la cause première des accidents.

Ses expériences sur les animaux lui ont montré que les piqûres des pédoncules cérébelleux, la section de l'aile grise, provoquent des troubles circulatoires du poumon et de l'estomac, aboutissant à de l'hyperhémie, à des hémorragies, et même à des ulcérations graves. Les épanchements sanguins encéphaliques

produits au cours d'un accouchement laborieux, notamment par des applications de forceps, lui ont paru alors devoir jouer un rôle important dans l'étiologie de l'accident qui nous occupe.

Je ne m'arrêterai pas aux théories étiologiques de Kiwisch, qui pense que l'hémorragie est due à une pléthore générale causée par la ligature rapide du cordon, théorie absolument insoutenable. Je laisserai de côté également la congestion intestinale produite par la compression pendant le travail et je me contenterai de signaler, comme causes possibles d'hémorragies intestinales, les polypes de l'intestin, la rétention du méconium, la gêne de la circulation veineuse par contraction des fibres musculaires de l'intestin (Rindfleisch), et enfin, les caillots partis de la veine ombilicale, passant par le canal artériel non encore oblitéré et venant obstruer une artériole, obstruction qui amène une mortification des tissus et aboutit à l'ulcération de la muqueuse chez les enfants dont je viens de rapporter les observations; l'étiologie reste absolument obscure et nous ne savons trop à quelle cause rattacher ces hémorragies.

Pas d'antécédents pathologiques chez les mères et chez les nouveau-nés, nulle trace d'infection ou de maladie générale. Restent les pères, dans les antécédents desquels il serait peut-être possible de trouver quelque indication, mais sur lesquels nous n'avons malheureusement dans les services hospitaliers que les renseignements les plus vagues.

Quant aux lésions encéphaliques invoquées comme cause par Pomorski, il ne saurait en être question ici. Les accouchements avaient été relativement courts, il n'y avait pas eu d'intervention instrumentale; somme toute, rien qui pût justifier un semblable diagnostic étiologique.

J'ajouterai que l'athrepsie, qui a été signalée comme

une cause d'hémorragies gastro-intestinales, doit être écartée lorsque, comme dans ces quatre cas, on a affaire à des enfants d'un à trois jours. Il en est de même de cet état morbide presque fatalement mortel décrit par Bigelow, Hezz, Muller et Baginski, sous le nom de *dégénérescence aiguë des nouveau-nés*, et dont nous ne retrouvons pas ici un seul des symptômes d'ailleurs si vaguement indiqués par les auteurs allemands.

Nous devons donc nous contenter du diagnostic de *melæna vera*, car ces enfants n'ont pas souffert pendant le travail, les mères n'avaient pas de gerçures du mamelon, eux-mêmes ne présentaient point de plaies de la muqueuse buccale et le diagnostic de *melæna spuria* peut être écarté facilement.

Et cependant, ces hémorragies sont certainement symptomatiques et, en les rangeant dans la classe des hémorragies dites *primitives* par Dusser, nous ne faisons qu'avouer notre ignorance au sujet des lésions qui en ont été le point de départ.

Je n'insisterai pas longuement sur le traitement à appliquer. Les principales indications sont :

- 1° Arrêter l'hémorragie;
- 2° Agir sur la lésion ou la maladie générale qui en est la cause;
- 3° Soutenir le nouveau-né et combattre son état d'anémie.

Pour combattre l'hémorragie, on a eu recours à des moyens très variés, dont quelques-uns au moins sont étranges. C'est ainsi que Billard et Barrier ont conseillé de faire une légère saignée du cordon. Outre que cette saignée est impossible vers le troisième ou quatrième jour, époque où se montrent le plus souvent les accidents, nous pensons que cette pratique qui consiste à faire une saignée à un enfant déjà très affaibli, sous prétexte de combattre la pléthore, ne saurait être prise au sérieux.

On a successivement conseillé le perchlorure de fer à l'intérieur (Ribemont-Tross), à la dose de 3 à 5 gouttes; l'extrait de ratanhia (Grynfeldt-Ribemont), à la dose de 3 à 4 grammes. L'ergotine en injections hypodermiques a été également employée avec succès par Tross et est conseillée par Grynfeldt. Quelques auteurs ont eu recours à la révulsion cutanée et, en particulier, aux bains chauds (38°-40°) et s'en sont bien trouvés.

Nous avons également employé ces bains avec un réel succès, mais nous y avons joint également les frictions alcooliques qui constituent chez les nouveau-nés un excellent moyen de révulsion.

A l'intérieur, nous n'avons employé, à vrai dire, aucun médicament. Un peu de lait froid ou même glacé, quelques cuillerées d'eau glacée additionnées de quelques gouttes d'eau-de-vie, voilà le fond de notre médication, très simple, comme on le voit, et applicable dans tous les milieux.

L'alcool est d'ailleurs conseillé par tous les auteurs. C'est certainement le meilleur des toniques chez ces enfants subitement débilités.

Quant aux médicaments tels que le perchlorure de fer, le tannin, l'extrait de ratanhia, nous avons considéré qu'il valait peut-être mieux s'en abstenir chez des sujets dont le tube digestif réclamait le repos le plus complet.

Nous ne pourrions en dire autant des injections hypodermiques d'ergotine qui sont évidemment de ce côté à l'abri de tout reproche. Mais ces injections présentent un autre inconvénient, c'est de pouvoir provoquer chez les hémophiles des hémorragies au niveau de la piqûre.

Inutile de dire que le traitement de la syphilis est de rigueur chaque fois qu'elle est reconnue ou même probable.

Dans la première observation, on peut voir qu'un lavement a été administré. C'est là une pratique justement déconseillée par les auteurs et qui, d'ailleurs, ne fut pas renouvelée quand nous eûmes vu le petit malade.

Ces enfants ont besoin ensuite, une fois les hémorragies arrêtées, de soins très minutieux. Ils sont considérablement affaiblis et doivent être traités comme des prématurés. Ils en ont d'ailleurs et la faiblesse, et la tendance au refroidissement, et l'intolérance gastrique.

Aussi, seront-ils enveloppés d'ouate et placés dans la couveuse. On veillera avec soin sur leurs tétées, qui seront souvent répétées, mais peu abondantes, car leur estomac ne saurait supporter la dose de lait des tétées normales.

Malgré les soins les plus minutieux, la convalescence est longue. Rilliet avait déjà signalé que ces enfants restaient pâles et chétifs. Dusser, qui a pu en suivre un pendant quatorze mois, l'a trouvé encore à ce moment plus faible, moins coloré, moins bien développé que les enfants du même âge. Il en est de même de ceux que nous avons observés. Un seul est sorti de notre service en bon état et se développant régulièrement. Quant aux trois autres, leur état général était resté médiocre et ils demeuraient évidemment très exposés à toutes les maladies et à tous les accidents de la première enfance, avec l'énergie vitale en moins.

Aussi, ne faut-il pas trop se réjouir des succès obtenus au moment même des hémorragies : outre que la thérapeutique n'y est souvent que pour fort peu de chose, l'avenir reste sombre et peut-être, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants qui seront mal nourris ou mal soignés, n'a-t-on réussi qu'à différer leur mort de quelques semaines ou même de quelques jours.

Tremblement hystérique.

M. Delmas lit le travail suivant :

Parmi les nombreux syndromes de l'hystérie, certaines formes insolites de *tremblement*, les *spasmes rythmés*, ont frappé de tout temps l'attention des observateurs. L'on trouve dans les recueils scientifiques les plus anciens des faits s'y rattachant.

L'histoire de ces malades, curieux à divers titres, a quelquefois fait partie de la légende et du domaine du merveilleux. Sans liens apparents entre eux et disséminés dans les ouvrages médicaux, ils sont à peine étudiés depuis quelques années et aujourd'hui classés de manière à en poursuivre plus aisément l'étude.

Dans son ouvrage sur l'hystérie, Briquet mentionne à peine le tremblement, spasme rythmé le plus fréquent et le plus commun. Il le considère comme un simple épiphénomène de l'hystérie féminine et ne paraît lui attacher aucune importance.

En découvrant l'existence de ce même tremblement dans l'hystérie mâle, Charcot en a fait ressortir la valeur et pressenti les nombreuses variétés. Il a rappelé ce fait dans une de ses leçons de la Salpêtrière de novembre 1889 ⁽¹⁾.

Dès lors, ses élèves et ses émules se sont attachés à poursuivre l'étude de ce curieux symptôme. Il nous suffit de rappeler les travaux de M. Rendu sur plusieurs formes de tremblement ⁽²⁾. Les recherches de MM. Debove et Renault ⁽³⁾ sur le tremblement héréditaire.

⁽¹⁾ J.-M. Charcot. Des tremblements hystériques. Leçon recueillie par Georges Guinon, chef de Clinique. (*Prog. méd.*, II^e s., 1890, p. 179.)

⁽²⁾ Rendu. Tremblement hystérique à forme de sclérose en plaques. Leçons faites à l'hôpital Necker. (*Gaz. des Hôp.*, p. 513, 1890.)

Rendu. *Progrès médical*, I^{re} s., 1892, p. 105, et *Semaine médicale*, 1892, p. 40.

⁽³⁾ Debove et J. Renault. Du tremblement héréditaire. (*Gaz. des Hôp.*, p. 921, 1891 ; résumé de ce travail dans la *Sem. méd.*, p. 280, 1891.)

ditaire, les communications de M. F. Raymond à la Société médicale des hôpitaux ⁽¹⁾, le mémoire de M. Dutil sur le même sujet, publié dans l'*Iconographie de la Salpêtrière*, les Cliniques de M. Grasset (de Montpellier), et les belles leçons de M. Pitres, professées à Saint-André en 1888-89. Notre collègue a fait ces leçons avant la publication des travaux ci-dessus et elles ont été reproduites dans le *Progrès médical* ⁽²⁾ avant de faire partie de son ouvrage magistral sur l'hystérie.

Depuis ces travaux, on est mieux fixé sur les spasmes rythmés et simples comme les tremblements. Cependant, en raison de leurs variétés, les auteurs déclarent que cette étude clinique, encore pleine d'obscurité et d'imprévu, nécessite de nouvelles recherches. M. F. Raymond insiste sur ce point dans une note parue dans le *Progrès médical* de 1892 ⁽³⁾.

De là notre désir légitime de vous signaler quelques cas de tremblements reçus dans notre Clinique hydrothérapique de Saint-André et de vous les présenter avec l'espoir qu'ils vous offriront de l'intérêt.

À l'exemple de nos devanciers, en les rattachant à leur commune origine — *l'hystérie* — même dans les cas douteux, nous avons eu un guide précieux pour la direction de ces malades, direction toujours délicate, souvent difficile et déjouant parfois les prévisions les plus logiques.

Les troubles musculaires d'origine hystérique se classent sous quatre formes bien distinctes entre elles — théoriquement du moins : — paralysie, contracture, tremblement et spasmes rythmés associés.

(1) Raymond. Trois nouveaux cas de tremblement communiqués à la Société médicale des Hôpitaux. (*Prog. méd.*, I^{re} s., 1892, p. 87.)

(2) A. Pitres. Leçons sur les tremblements hystériques, recueillies par M. Émile Bitot, interne du service. (*Prog. méd.*, II^e s., 1889, p. 245.)

(3) F. Raymond. *Progrès médical*, I^{re} s., 1892, p. 87.

Laissant de côté tout ce qui se rapporte aux paralysies et aux contractures hystériques, nous ne nous occuperons que des tremblements et des spasmes rythmés associés à divers troubles fonctionnels.

Cette dernière étude est divisée elle-même en deux parties. La première comprend les *tremblements*, sujet de notre communication. Quant à la seconde, concernant les spasmes *rythmés* et *fonctionnels*, elle sera l'objet d'un autre travail ultérieur.

TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES.

Classement. — Longtemps confondus dans la symptomatologie complexe et variée de l'hystérie, quelquefois ayant pour origine, en dehors de la sénilité, des lésions graves des centres nerveux, l'alcoolisme, l'action du plomb ou du mercure, les tremblements hystériques offrent les allures les plus diverses, rendant quelquefois leur classement et leur diagnostic incertains et même difficiles.

Encore n'y réussit-on pas toujours et le traitement seul donne la solution; témoin un cas des plus intéressants rapporté par Pitres dans son ouvrage. Il s'agissait d'un homme atteint à la fois d'un tremblement intentionnel des membres du côté gauche et de symptômes simulant à s'y méprendre tous les signes d'une tumeur cérébrale.

La guérison de tous les accidents, après une seule séance d'aimantation, leva tous les doutes ⁽¹⁾.

Diverses classifications des tremblements hystériques ont été proposées. Celles de Charcot et de Pitres nous paraissent bien atteindre le but.

Prenant pour base les variations de vitesse des oscillations des tremblements, Charcot les divise en trois groupes :

⁽¹⁾ A. Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux*, p. 303. — O. Doin, édit., Paris, 1891.

1° Ceux non exagérés par les mouvements volontaires et dont les oscillations sont lentes, trois à six par secondes. Ils se rapprochent par leur forme du tremblement sénile et de celui de la paralysie agitante ;

2° Ceux à oscillations rapides, six à neuf par seconde, imitant les tremblements de l'alcoolisme, de la paralysie générale et de la maladie de Basedow ;

3° Ceux existant ou non au repos, provoqués ou exagérés par les mouvements intentionnels et augmentant d'amplitude plutôt que d'accélération. Ces derniers ont une vitesse intermédiaire entre ceux des deux autres groupes ; ils rappellent, parfois à s'y méprendre, le tremblement mercuriel et celui de la sclérose en plaques (1).

La division adoptée par Pitres, dans ses leçons de 1888-89 sur les tremblements hystériques, facilite encore mieux l'étude et le classement des faits. Elle répond bien à la forme et à l'aspect du tremblement, avant même d'en avoir relevé le tracé graphique.

D'après cet auteur, les tremblements se divisent en : 1° trépidatoires ; 2° vibratoires ; 3° intentionnels (2).

Forts, violents, brusques et saccadés, les tremblements *trépidatoires* sont le plus souvent localisés à un membre et de préférence aux membres inférieurs.

Nous avons observé un cas de ce genre cette année même. Son histoire ne nous appartient pas.

Bien des médications ont été essayées, notamment l'hydrothérapie et l'électricité sous ses trois formes, sans amener le moindre soulagement chez cette malade dont l'état était des plus misérables. Heureusement que le tremblement trépidatoire est la forme la plus rare.

(1) J.-M. Charcot. Des tremblements hystériques. Leçon du 13 novembre 1889, recueillie par Georges Guinon, chef de Clinique. (*Prog. méd.*, p. 179 et suiv., II^e s., 1890.)

(2) A. Pitres. *Loc. cit.*, t. II, p. 287.

Les tremblements *vibratoires* sont les plus communs, surtout chez la femme, et le plus souvent d'origine émotionnelle. Ils ont une tendance marquée à se généraliser à tout le corps. Lorsqu'ils se localisent, ils occupent de préférence et symétriquement les membres supérieurs.

Ils se distinguent ainsi, dans une certaine mesure du moins, du tremblement de la paralysie agitante, qui, souvent, débute par un seul bras ou une main. L'étude de cette variété de tremblements fait l'objet principal de notre travail.

Quant aux tremblements *intentionnels*, plus rares encore que les précédents, ils se confondent aisément avec le tremblement de la sclérose en plaques. En 1890, nous en avons présenté un exemple dont le diagnostic reste encore douteux après l'examen de la malade répété à trois années de distance.

Ces difficultés de classement et de diagnostic se rencontrent dans toutes les formes de tremblement, ainsi que le prouvent les faits que nous avons soumis à votre examen, et Charcot en arrive à une conclusion qu'on doit toujours avoir présente à l'esprit quand on étudie un malade de ce genre, à savoir : « que chaque » type de tremblement non hystérique a dans la catégorie de l'hystérie son sosie qu'il faut apprendre » à démasquer ⁽¹⁾. »

CAUSES.

N'ayant pas ici l'intention de vous présenter une monographie, mais quelques considérations générales à l'occasion des malades observés, nous nous bornerons à signaler les principales causes se rapportant plus particulièrement à ces mêmes faits et à rappeler les études les plus récentes sur la question.

(1) *Loc. cit.* (*Prog. méd.*, 1890, II^e s., p. 179.)

Dans un travail présenté en 1891 au Congrès de Marseille pour l'Avancement des Sciences, M. Oddo a fait un classement *statistique* des causes provocatrices des tremblements.

Il les divise en trois groupes :

1° Les tremblements hystéro-émotionnels. Ce sont de beaucoup les plus nombreux, 41 sur 55 cas analysés;

2° Ceux succédant ou accompagnant l'évolution de l'hystérie;

3° Ceux dans lesquels les manifestations hystériques s'accompagnent de causes toxiques, comme l'alcoolisme et les empoisonnements chroniques divers.

Mais ces causes ne sont pas les seules. Les découvertes nouvelles, encore pleines d'obscurité, sur l'hystérie traumatique, autorisent à prévoir cette quatrième cause de tremblement.

M. Laveran, du Val-de-Grâce, a communiqué un cas de ce genre, fort intéressant, à la séance de la Société médicale des Hôpitaux du 1^{er} avril 1892. Il s'agissait d'un jeune soldat qui, à la suite d'un coup de pied de cheval au niveau du genou gauche, a été pris d'un tremblement limité au même membre. Des stigmates hystériques concomitants ne laissèrent aucun doute sur sa nature (1).

Une cinquième cause provocatrice des tremblements ne saurait être méconnue aujourd'hui, depuis les recherches toutes récentes et à l'ordre du jour des auto-infections du système nerveux, à la suite des maladies aiguës fébriles, comme la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives.

Nous en rapportons deux observations intéressantes.

Dans ces cas, des causes déprimantes préparent souvent le terrain en donnant au corps une singulière

(1) Laveran. Du tremblement hystérique. (*Sem. méd.*, p. 120, 1892.)

réceptivité aux agents microbiens. Aussi, les désordres les plus graves du côté de l'intellect lui-même peuvent-ils éclater et constituer une maladie bien autrement redoutable qu'un simple tremblement hystérique. Nous avons observé un fait de ce genre il y a quelques semaines à peine. Il s'agissait d'une fillette d'une dizaine d'années qui, à la suite d'une variole confluyente, a été prise dans sa convalescence d'une agitation maniaque. Elle nous avait été adressée par notre collègue M. R.-Saint-Philippe.

Signalons, à ce sujet, le très intéressant mémoire de notre collègue M. Régis, publié ces jours-ci en collaboration avec M. Chevalier-Lavaure : *Sur les auto-infections dans les maladies mentales*. Ce travail doit servir de base à l'une des questions les plus importantes inscrites à l'ordre du jour du Congrès des Médecins aliénistes des pays de langue française dont la session s'ouvre à La Rochelle le 1^{er} août prochain (1).

CLINIQUE.

a. Tremblements d'origine hystérique incertaine.

Deux observations.

Parmi les tremblements d'origine hystérique incertaine recueillis dans notre Clinique de Saint-André, il en est un que nous avons eu la rare fortune d'étudier à nouveau à trois ans d'intervalle, après vous l'avoir présenté dans notre séance du 26 juillet 1890 (2).

OBSERVATION I.

(N° 360 de la Clinique de 1890.)

Tremblement vibratoire saccadé, inégal, limité aux membres supérieurs, remontant à la première enfance — Absence complète de stigmates hystériques — Pas de symptômes cérébraux accusés — Diagnostic incertain —

(1) Dr E. Régis et A. Chevalier-Lavaure. *Des auto-intoxications mentales*. E. Martin, La Rochelle, 1893.

Emploi de l'hydrothérapie, de l'électricité sous ses trois formes et de l'aimantation — Faible amélioration — État stationnaire.

T... (Marie), dix-sept ans, forte constitution, tempérament lymphatique, sanguin, intelligence moyenne. Depuis trois mois, réglée régulièrement.

Hérédité. — Son père a quarante-deux ans, bien portant. Sa mère en a trente-quatre, très nerveuse, a eu des céphalées rebelles et peut-être quelques crises nerveuses autrefois.

Antécédents. — Pas de maladie dans l'enfance. Pas de stigmates hystériques. Réflexes normaux. Notre collègue M. Sous a examiné deux fois les yeux à trois ans d'intervalle, sans trouver la moindre altération. Un seul point à signaler, colères faciles et violentes à la moindre contrariété.

Début. — Le début est brusque, sans cause déterminante, à l'âge de sept ans. Antérieurement, maladroite des mains, elle tremble en faisant un nœud.

Elle apprend difficilement à coudre et à tricoter. Le travail est lent, mal exécuté et amène une prompt fatigue. *Elle casse aisément ses aiguilles.* Elle a appris à écrire avec beaucoup de peine. Dès le début, son écriture est altérée et ce signe s'accuse ultérieurement.

Caractères généraux du tremblement. — Nul au repos, elle ne ressent alors aucune sensation de vibration intérieure, comme tous les autres malades observés. Aussitôt qu'on lui fait porter les bras en avant horizontalement ou exécuter un mouvement quelconque, le tremblement apparaît, exclusivement limité aux membres supérieurs.

Ce tremblement n'a pas le rythme régulier observé ordinairement. Ce sont plutôt de petits soubresauts inégaux, saccadés, imprévus, de plus en plus apparents à mesure que le travail exige plus d'adresse que de force, comme par exemple écrire, coudre ou porter un verre d'eau à ses lèvres.

(*) *Journal de Médecine de Bordeaux*, p. 91, 1890.

Son écriture est caractéristique, c'est celle d'un vieillard. Aucun autre malade ne nous a offert un type aussi tranché.

En voici deux spécimens :

Marie E. à Peyrol
par prégnance Gironde
 D D D B B C O

FIG. 1.

Parole hésitante et traînante. Caractère sérieux, impressionnable; colères faciles; quoique d'apparence robuste et ayant toujours travaillé aux champs, elle supporte mal la fatigue. Aucune trace de contraction fibrillaire aux lieux d'élection. Musculature et marche normales. Au dynamomètre de Burq, les fléchisseurs des doigts accusent: à droite, 33 kilos; à gauche, 27 kilos; au grand dynamomètre saisi à pleines mains, on trouve 41^k500. Soumise à l'exploration électrique par notre collègue M. le professeur Bergonié, celui-ci nous adresse une note résumée ci-dessous :

« 1° Tous les muscles des bras et des avant-bras ont une réaction normale aux courants faradiques;

» 2° Mêmes résultats aux courants galvaniques. »

Cette exploration augmente momentanément le tremblement; néanmoins, notre collègue conclut à l'opportunité d'adjoindre l'électricité à l'hydrothérapie qu'on applique depuis quelques jours.

Pouls 96, petit, mou, régulier, sans vibration. Pas de traces d'exophtalmos ni de gonflement du corps thyroïde permettant de soupçonner un début de maladie de Basedow.

Cette malade vous est présentée dans cet état à notre séance du 26 juillet 1890; le diagnostic reste incertain et plusieurs de nos collègues ont de la tendance à

admettre l'hypothèse d'une maladie du grand sympathique au début, plutôt que celle d'un tremblement hystérique. L'idée d'une sclérose en plaques est rejetée malgré les caractères si accusés du tremblement.

Emploi des médications hydrothérapique et électrique pendant dix semaines. On obtient une légère amélioration dans l'état général et local. Plus de force; lassitude moins grande au travail. Le tremblement a diminué. Le spécimen d'écriture ci-dessous, recueilli en octobre, semble le démontrer :

*Maria Louise G..... Marie
Louise G..... Marie Louise
Bordeaux le 9 octobre 1890*

FIG. 2.

Le traitement est interrompu en novembre après ce résultat médiocre; auparavant, elle est soumise, sans aucun succès, à une séance d'hypnotisme. L'hydrothérapie doit être reprise au printemps, mais nous restons sans nouvelles de cette intéressante malade jusqu'en juillet 1893.

Trois ans se sont écoulés. L'état général est resté bon. Aucun indice, aucun symptôme nouveau n'est venu éclairer le diagnostic. Le tremblement est moins intense, si l'on en juge par le type d'écriture ci-dessous emprunté à une lettre que la malade nous adresse :

*mais je ne suis pas
venue à Bordeaux
Depuis que vous m'avez
soigné je me fait*

FIG. 3.

Comparé à celui ci-dessous du 16 juillet 1890, la différence est frappante.

Marie B..... a. Peugeot
par médecin Girard
 D D D B B C O

FIG. 4.

On la retrouve de même à l'examen du tremblement. Malgré ces signes favorables, la malade se déclare toujours dans le même état, se fatiguant au travail et sa parole encore hésitante. Un nouvel examen des yeux, pratiqué par le Dr Sous, reste aussi négatif qu'en 1890. La vision est normale.

Dans ces conditions, nous essayons à tout hasard de l'aimantation; deux séances d'une heure sont faites; pas d'effet immédiat.

Avant l'aimantation :

B B B B B B B B
 D D D D D D D D

FIG. 5.

Après l'aimantation :

B B B B B B B B
 D D D D D D D D

FIG. 6.

Voici deux spécimens d'écriture pris avant et après l'aimantation. Peu différents l'un de l'autre, ils le sont des spécimens en majuscules relevés en juillet 1890. Ce

qui confirme l'amélioration relative obtenue à cette époque.

Aucun symptôme de sclérose ni de stigmates hystériques n'ayant été relevé chez cette intéressante malade frappée de tremblement depuis son enfance, faut-il néanmoins, à l'exemple de MM. Pitres et Hughlings Jackson ⁽¹⁾, ne pas rejeter *a priori* l'hypothèse de l'hystérie? Si l'on peut hésiter beaucoup à répondre affirmativement dans ce cas, il ne saurait en être de même dans le suivant.

Curieux à plusieurs titres, il a été impossible de déceler le moindre stigmatisme hystérique. Tout au plus, pourrait-on se baser, pour conclure en faveur de la pathogénie hystérique de l'affection, sur les résultats remarquables de l'aimantation après l'emploi de l'hydrothérapie, dont l'action fut médiocre.

Comme chez la précédente malade, l'affection remonte à la première enfance. Par son aspect, c'est bien un type de tremblement *vibratoire* à forme tout à fait distincte du précédent, qui rentrait plutôt dans le type intentionnel.

OBSERVATION II.

(N° 329 de la Clinique de 1893.)

Tremblement vibratoire généralisé aux quatre membres remontant à l'âge de cinq ans chez une jeune fille de dix-neuf ans — Pas de stigmates hystériques — Hydrothérapie et aimantation — Action prépondérante et graduelle de cette dernière sur les quatre membres, bien que son application soit limitée au bras droit pendant la première partie du traitement — Amélioration très considérable.

N... (Anaïs), dix-neuf ans, tempérament sanguin nerveux, constitution robuste, tailleuse en robes.

Hérédité. — Elle est négative. Père et mère jouissant d'une excellente santé.

(¹) A. Pitres. *Loc. cit.*, t. I, p. 287.

Antécédents. — Nourrie par sa mère. Pas de maladies infantiles. A treize ans, rhumatisme articulaire aigu généralisé, pyrélique, durée trois mois. Guérison. Pas d'altération cardiaque ni de récurrence du rhumatisme ^(*).

En 1892, les règles, normales jusqu'à cette époque, deviennent hémorragiques et reparaissent tous les quinze jours. Anémie consécutive. Un séjour prolongé à la campagne ramène leur évolution régulière et l'anémie disparaît. En dehors de ces deux incidents, Anaïs N... n'a jamais accusé un symptôme d'ordre nerveux quelconque, sauf un tremblement existant depuis l'enfance et constituant à lui seul toute la maladie.

Début. — Si l'on en croyait la mère, le tremblement remonterait à la naissance de l'enfant. En proie à une nostalgie, provoquée par l'abandon des champs pour la ville à la suite de son mariage, elle fit une chute grave dans les escaliers quinze jours avant son accouchement à terme.

Doit-on voir dans ce fait la cause initiale du tremblement chez sa fille, suite de l'émotion ressentie par un organisme déjà déprimé par le chagrin? Peut-être. D'après elle, son enfant était en proie à des frayeurs et à des mouvements involontaires et désordonnés dès les premiers mois de sa naissance.

Quant à la malade, ses souvenirs sont très précis. Ils remontent à l'âge de cinq ans. Mise à l'école et essayant de tracer des lettres, ses petites camarades remarquent le tremblement de sa main.

Limitée aux membres supérieurs jusqu'en 1892, la maladie a envahi les membres inférieurs à la suite des métrorragies et de l'anémie signalées.

Caractères généraux. État actuel. — Au repos, les mains appuyées, pas de tremblement apparent, *mais elle en ressent la sensation intérieure bien nette* et limitée aux extrémités des membres. Ce caractère faisait défaut

(*) Depuis la présentation de ce mémoire la malade a eu une deuxième attaque de rhumatisme en septembre 1892, mais de moindre intensité et elle n'a pas perdu le résultat acquis sur son tremblement par l'aimantation.

dans le cas précédent. Nous l'avons retrouvé chez tous les autres malades. Vient-on à lui faire étendre les bras et les jambes horizontalement, ils sont animés d'un tremblement vibratoire bien rythmé, limité des pieds aux genoux et allant des mains aux épaules.

Ce tremblement reparait encore dès qu'elle exécute un mouvement quelconque; il s'accuse d'autant plus, tout en restant bien rythmé, qu'elle exécute des travaux délicats, réclamant de l'adresse et de la précision.

Si elle ne casse pas ses aiguilles en cousant, comme la précédente malade, *elle les tord souvent*. Son travail de couture est lent. Elle se fatigue vite et le tremblement, augmentant, l'oblige au repos.

Les émotions l'exagèrent. Le calme, la vie au grand air, à la campagne le diminuent. Nul pendant le sommeil, il est toujours plus accusé au réveil et dans la matinée, même après la nuit la plus tranquille.

Depuis 1892, elle accuse un tremblement latéral de la paupière inférieure de l'œil droit et depuis quelques jours un tremblement vertical de la paupière inférieure de l'œil gauche. Elle éprouve une sensation analogue à l'épigastre.

Rien à la tête ni aux globes oculaires; jamais de crises nerveuses; absence de tout stigmate hystérique, malgré des examens minutieux et répétés.

Pouls de 72 à 80, suivant les heures du jour. Ni exophtalmos, ni goître. Pas d'oppression en comprimant légèrement le corps thyroïde comme le fait se produit souvent dans la maladie de Basedow. Cependant, elle est fort sensible à la chaleur et elle transpire aisément, surtout aux mains.

Notre collègue M. Sous pratique l'examen ophtalmoscopique. Il est absolument négatif.

Malgré son apparence robuste, sa taille (1^m52) et son poids de 82 kil. 500, elle n'a pas grande vigueur musculaire. Les fléchisseurs des doigts accusent au dynamomètre de Burq : à droite, 21 kilos; à gauche, 20 kilos. Elle peut à peine fléchir l'avant-bras sur le bras avec un poids de 5 kil. 500.

Du reste, rien d'anormal dans les réactions électriques des muscles, pas d'atrophie ni de pseudo-hypertrophie aux membres.

Cette malade a été soumise en deux reprises à un traitement hydrothérapique méthodique. Malgré son action favorable sur l'état général, le tremblement a persisté au même degré.

Dans ces conditions, nous avons recours à l'aimant et nous limitons son application au membre supérieur droit. L'effet en est surprenant dès la première séance. L'on pourrait croire *a priori* à une guérison imminente rappelant celles signalées par Pitres ⁽¹⁾. Au bras droit, le tremblement existe à peine; dans les autres membres, il a beaucoup diminué.

Mais après s'être remise au travail de couture, le tremblement reprend son intensité première.

Les jours suivants, mêmes effets, mêmes résultats avec amélioration rapide, graduelle et durable.

L'examen de l'écriture de cette intéressante malade permet de suivre les phases diverses de son tremblement avant et après l'aimantation, puis à la suite de deux heures de repos ou de travail de couture.

16 juin 1893. — Avant la première séance d'aimantation d'une heure de durée :

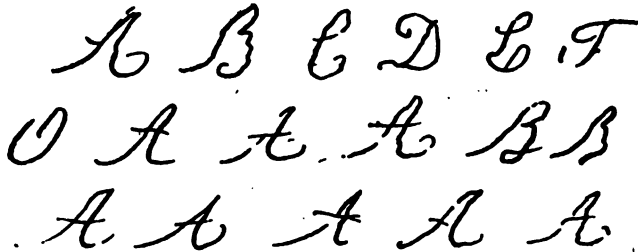


FIG. 7.

La position étant fatigante, je laisse reposer la malade pendant un quart d'heure. Je constate l'effet produit, déjà bien accusé dans l'écriture de la figure 8.

(1) A. Pitres. *Loc. cit.*, t. I, p. 303.

Je lui recommande de se remettre à son travail habituel de couture après un repos de deux heures faisant

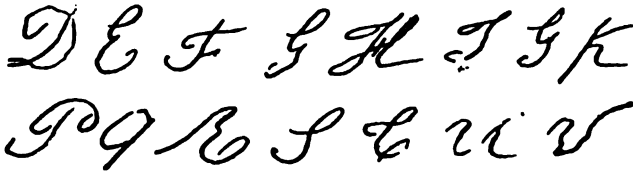


FIG. 8.

suite à la séance d'aimantation ; puis d'écrire après deux heures de travail et après deux heures de repos. Les deux spécimens d'écriture ci-dessous sont des plus probants.

Après deux heures de travail de couture :

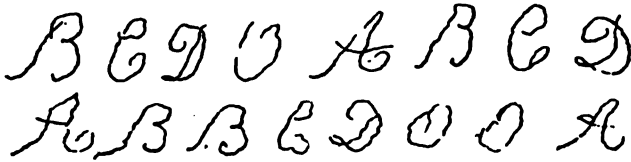


FIG. 9.

Après deux heures de repos à la suite de ce travail :

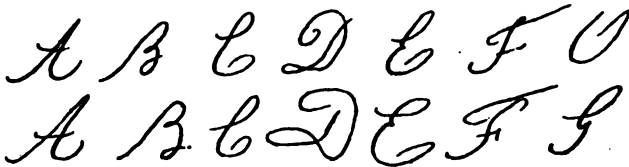


FIG. 10.

Même traitement par l'aimantation les jours suivants. Résultats réguliers et rapides. A partir du 5 juillet, vingtième jour du traitement, le tremblement est à peine visible à droite. Déjà, vous l'aviez constaté vous-mêmes lors de la présentation de la malade, à notre séance du 23 juin dernier, après sa huitième application de l'aimant.

Les spécimens d'écriture, recueillis le 4 juillet, traduisent nettement cette amélioration considérable à tous

les points de vue. Actuellement, elle supporte mieux la fatigue musculaire et elle peut coudre une grande partie de la journée sans trop de lassitude, ainsi qu'on en peut juger.

4 juillet. — Avant la séance d'aimantation :

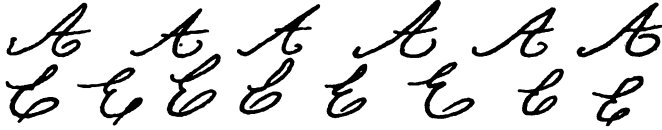


FIG. 11.

Aussitôt après la séance, malgré la fatigue imposée par la position et l'immobilité du bras droit :



FIG. 12.

Après un repos d'une heure :



FIG. 13.

Elle se met alors au travail de couture pendant quatre heures, puis elle écrit le spécimen ci-dessous, bien différent de celui recueilli au début du traitement après deux heures de travail :



FIG. 14.

Nous reproduisons ci-dessous le spécimen d'écriture

recueilli le 16 juin après deux heures de travail seulement pour mieux établir la comparaison et le résultat obtenu :

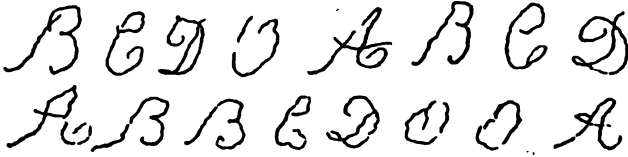


FIG. 15.

Toutefois, ce résultat satisfaisant ne ressemble en rien aux effets instantanés de guérison signalés par les auteurs.

Chez notre malade, la progression est constante et graduelle, allant des membres supérieurs aux membres inférieurs. Et, comme depuis quelques jours le progrès semble stationnaire au bras gauche, nous faisons placer l'aimant sur lui à partir du 12 juillet. Cette modification se traduit par une nouvelle amélioration presque aussi accentuée que dans le membre correspondant.

Malgré la dissemblance d'action de l'aimant chez notre malade, comparée à l'action signalée chez les autres, nous nous garderons de conclure contre la nature hystérique possible de son tremblement. Toutefois, ces deux observations restent des cas douteux et à diagnostic difficile et incertain.

b. Tremblements d'origine hystérique avérée. Quatre observations..

Si dans les observations précédentes on reste dans le doute sur l'origine du tremblement, il n'en est pas de même dans les quatre cas suivants.

Leur tremblement est analogue à celui de l'observation II. Il affecte la forme *vibratoire*. Aussi, pour écarter des répétitions inutiles, nous bornerons-nous à les résumer en insistant seulement sur les points principaux de leur histoire.

OBSERVATION III.

(N° 75 de la Clinique de 1893.)

Tremblement généralisé succédant à une fièvre muqueuse datant d'un an — Stigmates hystériques nombreux et caractéristiques — Action favorable des douches froides.

A... (Amélie), vingt-deux ans, nerveuse et lymphatique, d'assez bonne constitution, se présente à la Clinique au mois de mars 1893.

Hérédité. — Père mort d'une affection du cœur à quarante ans, mère très nerveuse.

Antécédents. — Réglée à quatorze ans. Pas de maladie de l'enfance à noter. Aucune manifestation hystérique, sauf dès son jeune âge une tendance presque invincible à des sommeils spontanés. Domestique dans une place pénible et mal nourrie, sa santé s'en ressent et, au mois de mai 1892, elle a une fièvre muqueuse intense qui la retient au lit pendant un mois.

Début. — Pendant la convalescence, elle s'aperçoit pour la première fois que tous les matins, au réveil, ses mains tremblent beaucoup lorsqu'elle les fait agir. A son grand étonnement, elle remarque que, tout en poursuivant ses travaux, ce tremblement disparaît graduellement au bout de deux ou trois heures pour revenir le lendemain matin au réveil, ainsi que les jours suivants, dans des conditions identiques.

Son état général laissant de plus en plus à désirer et sa convalescence étant longue et pénible, elle va à la campagne. Elle en ressent les meilleurs effets, mais le tremblement persiste dans les mêmes conditions.

Rentrée à Bordeaux dans une nouvelle place, où elle est aussi mal nourrie et surchargée d'ouvrage que précédemment, sa santé s'altère encore et le tremblement augmente et se généralise à tout le corps.

Caractères généraux. État actuel. — Ils sont identiques à ceux relevés chez la précédente malade. Le tremblement est bien rythmé et sa forme nettement vibratoire. Nul pendant le sommeil. *Elle ressent son tremblement*

intérieurement aux quatre membres, même au repos. En ce cas, il n'est pas apparent.

Son écriture, tremblée comme celle d'un vieillard, rappelle assez bien celle des observations I et II, comme vous pouvez en juger par le spécimen ci-dessous :

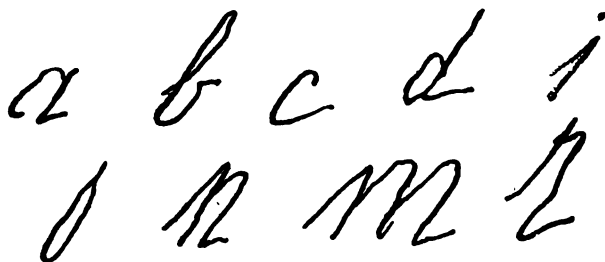


FIG. 16.

Stigmates hystériques. — Ici, pas le moindre doute. Ils sont clairs et nombreux ; le diagnostic devient des plus faciles.

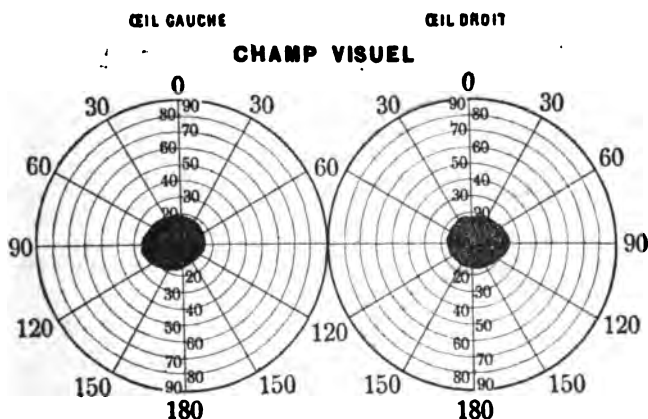


FIG. 17.

Anesthésie cutanée et profonde, remarquable par son étendue à tout le corps, sauf au visage et au cuir chevelu, où elle est incomplète.

La sensibilité à la chaleur a également diminué sur

toute la surface du corps, mais à un moindre degré et cette diminution n'est pas uniforme.

Les figures 18 et 19 reproduisent bien l'image de ces deux altérations hystériques.

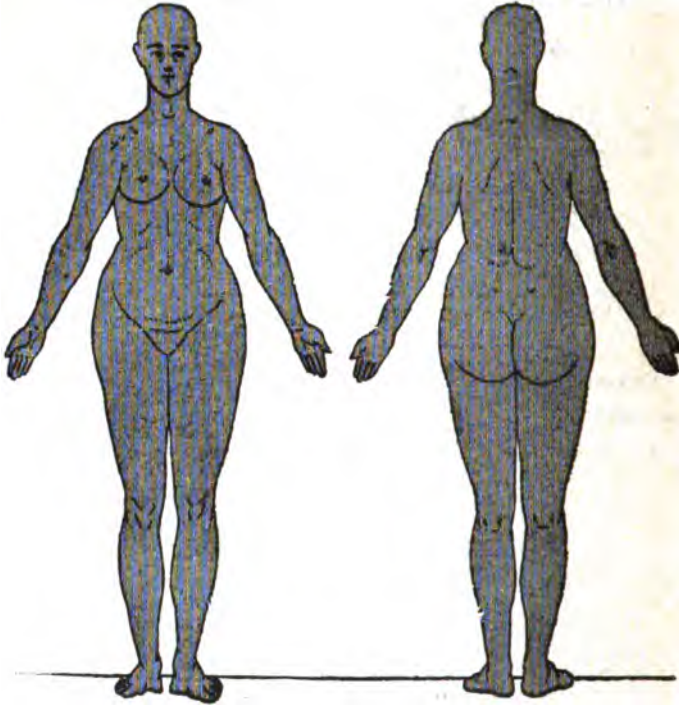


FIG. 18.

ANESTHÉSIE COMPLÈTE CUTANÉE ET PROFONDE A LA PRESSION
ET A LA DOULEUR

On constate également une abolition complète des réflexes rotuliens, pharyngiens et une insensibilité profonde de la voûte palatine et de la pituitaire. Il nous paraît inutile de pousser plus loin cet ordre d'investigations.

M. Sous, à qui j'adresse la malade, constate un rétrécissement énorme du champ pupillaire; témoin le graphique de la figure 17 et cette note à l'appui :

« Champ visuel rétréci concentriquement. Acuité

» normale. Emmétropie. Amplitude de l'accommodation,
 » 1 dioptrie diminuée. Pas de lésions ophtalmosco-
 » piques. Léger nystagmus horizontal au moment de la
 » fixation. Vision améliorée par l'emploi de verres
 » jaunes. »

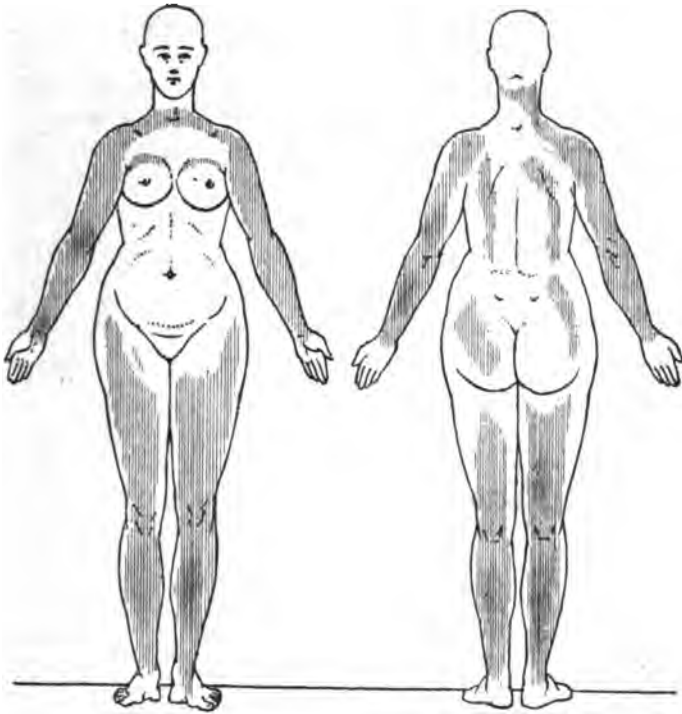


FIG. 19.

ANESTHÉSIE INCOMPLÈTE ET DISSÉMINÉE A LA CHALEUR

Cette intéressante malade n'a jamais eu de crise nerveuse. Mais elle éprouve souvent des tendances au sommeil, avons-nous dit, et elle est en proie, comme la malade de l'observation I, à des colères faciles et violentes pour les motifs les plus futiles.

Pouls normal, 72. Inspirations, 18. Rien au cœur. Pas d'exophtalmos ni de gonflement de la thyroïde.

Cependant, sensation légère de chaleur à toute la périphérie du corps.

Le traitement hydrothérapique, commencé au mois de mars 1893 et suivi jusqu'au mois de mai d'une façon très inégale, ne produit aucun effet. A cette époque, le tremblement ayant augmenté au point qu'elle ne peut plus exécuter aucun travail réclamant de l'adresse, A... (Amélie) prend des douches régulièrement.

Effet rapide et remarquable. En six semaines, diminution considérable, tremblement presque disparu. Mais les stigmates hystériques persistent à un égal degré. Dans ces conditions, nul doute que le moindre choc émotif ne ravive le tremblement ou ne provoque une explosion grave de la grande névrose, toujours imminente, quoique à l'état latent.

C'est donc une malade à revoir et à étudier avec soin.

La suivante, que nous vous avons présentée récemment, rentre dans la même catégorie.

OBSERVATION IV.

(N° 309 de la Clinique de 1893.)

Tremblement vibratoire datant d'un an — Stigmates hystériques anciens — Métrite chronique — Hydrothérapie — Aimantation — Amélioration.

B... (Maria), trente-cinq ans, très nerveuse, chétive, impressionnable, se présente le 12 mars 1893 à la Clinique.

Hérédité. — Père robuste et d'un caractère calme. Mère aussi nerveuse et impressionnable que sa fille.

Antécédents. — A peu près nuls, bien que d'une santé délicate. Mariée depuis dix ans, pas d'enfant; fausse couche de six semaines la première année de son mariage; à la suite, métrite chronique à répétition, pour laquelle elle reçoit encore des soins particuliers.

Début. État actuel. — Le tremblement remonte à un an. Début spontané. Forme *vibratoire* simple. Limité aux membres supérieurs. Nul au repos, réduit à une

simple sensation intérieure nettement perçue, il devient très apparent en lui faisant étendre les bras ou lorsqu'elle se livre à un travail minutieux.

Comme la malade de l'observation I, *elle casse aisément ses aiguilles*. Tout travail lui est pénible, mais surtout ceux réclamant de l'adresse. Son écriture est altérée comme celle des précédentes malades, ainsi que le prouvent les spécimens ci-dessous déjà placés sous vos yeux. Toutefois, cette altération est à un moindre degré que dans les observations I et II et elle se rapproche de celle de l'observation III.

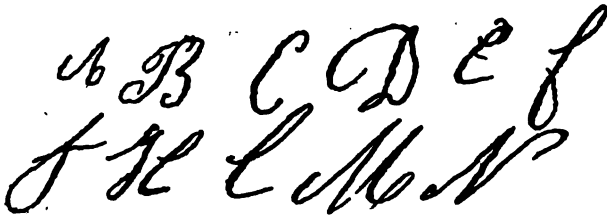


FIG. 20.

Stigmates hystériques. — Réflexes rotuliens et pharyngiens très affaiblis. Pas d'altération de la sensibilité cutanée. Absence d'ovaralgie, mais sensibilité à la pression de toute la région hypogastrique due à la métrite. Boule hystérique revenant fréquemment. Pas de clou sincipital ni d'altération de la vision, malgré une exploration attentive du Dr Sous. Pendant ce dernier examen, augmentation du tremblement.

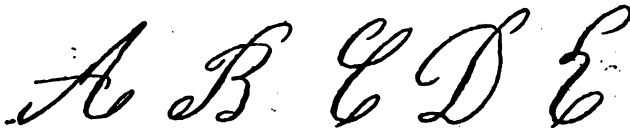


FIG. 21.

Pouls 92, sans caractères anormaux. Ni goître ni exophthalmos. Éphidrose persistant aux mains et sensation légère de chaleur à toute la périphérie du corps.

Au dynamomètre de Burq, on trouve pour les fléchisseurs des mains : à droite, 26 kilos; à gauche, 19 kilos.

Soumise à la médication hydrothérapique, comme les malades des observations II et III, l'état général a été promptement amélioré et le tremblement a légèrement diminué, ainsi que semble le prouver le spécimen d'écriture de la figure 21 recueilli après un mois de traitement :

Le tremblement n'a pas encore disparu ; mais la malade travaille bien plus facilement. Dans ces conditions peut-on espérer une guérison complète ? Nous n'oserions l'affirmer, car rien de plus capricieux que les allures du tremblement hystérique. Mais l'action des douches froides sur l'état général étant évidente, nul doute que cette malade n'éprouve une amélioration satisfaisante et durable.

Voici encore deux cas de tremblement hystérique. Leurs allures irrégulières les distinguent des précédents.

OBSERVATION V.

(N° 414 de la Clinique de 1893.)

Tremblement vibratoire généralisé à tout le corps, revenant par accès — Datant de trois ans — Longtemps précédé de stigmates hystériques et de troubles locomoteurs singuliers — Hydrothérapie — Amélioration.

M... (Marie), trente-cinq ans, lymphatique, nerveuse et robuste, autrefois lisseuse ; mariée deux fois ; veuve dans l'intervalle pendant deux années. Elle n'a jamais eu d'enfants.

Hérédité. — Père mort à cinquante ans d'une hémorragie cérébrale. Mère en excellente santé et sans tare nerveuse apparente.

Antécédents. — Enfance et jeunesse en excellente santé. Il y a sept ans, sans cause aucune, accès de grande hystérie pendant une heure. Plusieurs mois après, deuxième accès analogue ; depuis lors, retour des mêmes accidents, toujours à intervalles éloignés.

Après les premiers accès d'hystérie, elle a éprouvé les troubles moteurs suivants : Tout à coup, elle est

prise d'une raideur générale des membres inférieurs l'obligeant à s'arrêter net, quel que soit le travail en cours. Elle respire un peu d'éther et cette sorte de contracture, d'impotence passagère, disparaît brusquement comme elle est venue. Pareil trouble musculaire se reproduit, mais plus rarement aux membres supérieurs.

D'autres fois, éprouvant l'impulsion de courir, elle parcourt 100 à 200 mètres au pas de course sans pouvoir s'en défendre; puis, tout à coup, elle reprend son allure normale. Depuis l'apparition de ces singuliers troubles moteurs, elle n'a plus eu de crises d'hystérie.

Début du tremblement. — Ce symptôme a suivi l'apparition des troubles locomoteurs. Il remonte à trois ans. Elle s'en aperçoit dans une circonstance particulière. A la promenade, elle butte fortement contre une pierre et la réaction émotive se traduit par un tremblement généralisé de quelques minutes de durée.

Dès lors, chaque émotion quelconque le ramène et, pendant toute sa durée, tout travail est impossible; quelques gouttes d'éther, prises sur un morceau de sucre, suffisent à le faire disparaître.

Caractères généraux. État actuel. — Au repos, *sensation de vibration intérieure* généralisée au tronc, aux membres supérieurs et aux cuisses. Les bras placés horizontalement, une jambe croisée sur l'autre, on voit pieds et mains agités par un tremblement *vibratoire* très faible. En dehors de cet état permanent, sous l'influence d'une colère, d'une émotion, il survient de véritables accès de tremblement très intenses, conservant la forme vibratoire et ne durant que quelques minutes. Pendant ces accès, toujours rares, aucun travail manuel n'est possible.

Stigmates hystériques. — Peu accusés en dehors des troubles locomoteurs signalés et des accès anciens d'hystérie. On trouve une plaque d'anesthésie légère à l'avant-bras droit, face externe. Les troubles oculaires sont légers. M. Sous, chargé de l'examen ophtalmoscopique, constate une accommodation très variable impossible à mesurer, ce qui constitue une asthénopie

nerveuse. Ni ovaralgie ni boule hystérique. Pouls normal, 76. Ni goître ni exophthalmos. Pas de sensation de chaleur périphérique exagérée.

En dehors des accès, le tremblement est manifeste, mais assez léger pour ne pas altérer l'écriture. On en peut juger par le spécimen ci-dessous :

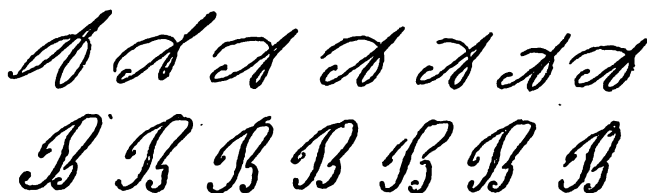


FIG. 22.

Cette malade est bien réglée, robuste, jouissant d'un excellent appétit. Elle accuse, avec le dynamomètre de Burq, aux fléchisseurs des doigts : à droite, 33 kilos; à gauche, 27 kilos.

Soumise à la médication hydrothérapique, elle en ressent les effets habituels; mais, en raison de la forme de son tremblement léger, ne devenant intense que par accès de quelques minutes à peine, il est difficile de constater nettement des résultats favorables avant un temps assez long.

Dans l'observation suivante, l'hystérie joue un rôle prédominant dans l'évolution du tremblement. Comme dans le cas précédent, celui-ci est d'intensité irrégulière.

OBSERVATION VI.

(N° 395 de la Clinique de 1893.)

Antécédents hystériques anciens datant de douze ans — Sept grossesses suivies d'allaitement — Accès nombreux d'hystérie classique — Tremblement vibratoire datant d'un an — Hydrothérapie — Amélioration.

C... (Alphonsine), trente ans, tempérament nerveux sanguin, constitution robuste, mariée à dix-huit ans et

demi. Elle a eu sept enfants, les a tous nourris, en a conservé six. Sa santé est restée bonne malgré une maternité si laborieuse et rapide.

Hérédité. — Père bien portant. Mère très nerveuse.

Antécédents. Stigmates hystériques. — Trois mois après son premier accouchement, à la suite d'une indigestion, grande attaque d'hystérie. Dès lors, elle en a en moyenne deux à trois, d'intensité variable, dans la semaine qui précède et dans celle qui suit les règles. Ovaralgie double, clou sincipital et points rachidiens complètent le tableau. Peut-être le réflexe rotulien gauche est-il diminué. Pas d'anesthésie cutanée ni profonde.

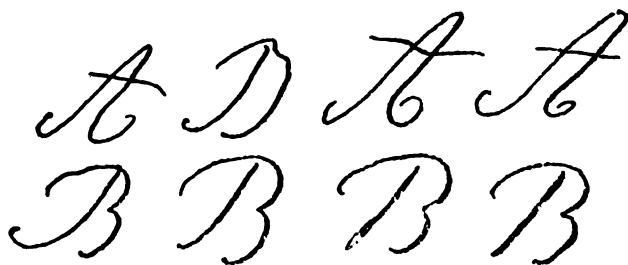


FIG. 23.

Sur les sept grossesses, les deux premières ont évolué normalement; les autres se sont accompagnées de vomissements rebelles, surtout la dernière.

Début et caractères généraux du tremblement. — Celui-ci remonte à un an. Elle s'en est aperçue en exécutant des travaux délicats. Sa forme est vibratoire. Il est limité aux membres supérieurs. Nul au repos et faible encore les bras étendus horizontalement, son intensité augmente beaucoup sous l'influence d'une émotion et l'entrave dans son travail.

Au repos, elle éprouve aussi la *sensation de vibration intérieure* aux bras, au corps et aux cuisses. Comme chez les autres malades, le travail manuel amène une fatigue musculaire rapide et générale.

L'examen ophtalmoscopique, pratiqué par le Dr Sous, est presque négatif. Le champ visuel est normal. L'am-

plitude de l'accommodation diminuée de 2,5 à 3,5 dioptries. Elle est emmétrope; acuité de la vision normale.

Son écriture n'est guère altérée; elle ressemble à celle de la précédente malade, comme on peut s'en rendre compte par la figure 23.

La médication hydrothérapique est à peine commencée; l'on ne peut encore en préjuger les résultats définitifs, malgré le mieux accusé.

c. Tremblements hystériques associés à d'autres affections.

Après avoir étudié le tremblement d'origine hystérique douteuse, comme dans les observations I et II et celui dans lequel le cachet hystérique ne faisait aucun doute, comme dans les observations III, IV, V et VI, il nous paraît utile de rechercher les affinités possibles de ce dernier avec d'autres affections.

Dans ce cas, le pronostic peut varier beaucoup et plus encore le traitement lui-même. On ne doit pas se borner à l'emploi exclusif de l'hydrothérapie et de l'électricité. Certains agents pharmaceutiques sont parfaitement indiqués, indispensables même. Malheureusement, les malades des cliniques hospitalières externes ne rendent pas toujours la tâche facile pour les guérir; leur indocilité et leur inconstance sont leurs moindres défauts.

Tel est par exemple le cas suivant dont nous avons eu le regret de ne pouvoir encore achever l'étude.

OBSERVATION VII.

(N° 670 de la Clinique de 1890.)

Tremblement vibratoire datant d'un an survenu dans la convalescence d'une fièvre typhoïde — Antécédents hystériques anciens — Goître exophtalmique — Hydrothérapie et toniques — Amélioration notable.

T... (Isabelle), vingt ans, nerveuse, lymphatique et

d'assez bonne constitution, se présente à la Clinique au mois de novembre 1890.

Hérédité. — Mère très nerveuse. Père bien portant.

Antécédents. — Pas de maladie infantile. Réglée à douze ans. A seize ans, coxalgie spontanée à droite, peut-être hystérique à en juger par ses allures irrégulières. A dix-neuf ans, fièvre typhoïde grave. Convalescence longue et pénible. A la suite, troubles gastralgiques rebelles et pendant quelques mois réapparition de la coxalgie. Actuellement, il existe à peine quelques traces de ce dernier syndrome.

Début. — Trois mois après la fièvre typhoïde, elle s'aperçoit qu'elle tremble de tout le corps. Ce mouvement augmente sous l'influence de la fatigue et des émotions. En apparence nul au repos, *elle en conserve la sensation intérieure.*

Vers la même époque et sans pouvoir mieux préciser, elle éprouve spontanément une grande attaque d'hystérie de sept heures de durée. Elle n'a jamais plus reparu.

Depuis la fièvre typhoïde également, elle a ressenti des troubles manifestes du côté de la circulation. Essouffée au moindre effort, le cœur bat vivement sous l'influence du plus léger exercice.

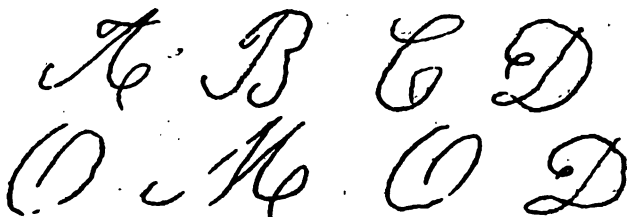


FIG. 24.

État actuel. — Rien de particulier au sujet du tremblement. Il est *vibratoire*, simple et généralisé. Plus prononcé aux membres supérieurs. L'altération de l'écriture est identique à celle notée chez les autres malades, ainsi qu'on en peut juger par le spécimen ci-dessus. (fig. 24.)

Stigmata hystériques. — Ovaralgie. Clou sincipital. Boule hystérique. Réflexes pharyngiens peu altérés. Les yeux n'ont pas été examinés.

État du cœur. — Il est tout à fait anormal. Les battements sont très forts, variant de 116 à 130 par minute. Inspirations de 24 à 26. Au moindre effort, le pouls devient difficile à compter.

Frémissement thoracique précordial. Choc énergique dans le sixième espace intercostal à gauche, en dehors de la ligne du mamelon. Submatité assez étendue dénotant une légère hypertrophie de l'organe, mais nullement en rapport avec l'intensité des autres symptômes cardiaques. Il existe un bruit de souffle métallique argentin aigu au premier temps. Son maximum est à la pointe du cœur; il diminue régulièrement en s'éloignant de ce point.

Le cou est le siège d'un léger gonflement thyroïdien, plus prononcé à gauche. Bien qu'il n'y ait pas encore d'exophtalmos apparent, le regard est déjà fixe et hagard.

Sensation de chaleur très intense à toute la périphérie du corps. L'essoufflement à la plus légère pression du plat de la main sur le corps thyroïde complète le tableau.

Cette malade est soumise aux préparations toniques, et avec précaution à la médication hydrothérapique, si bien indiquée dans cette affection complexe : hystérie et maladie de Basedow.

Au début, l'action des douches a porté sur les voies digestives dont le fonctionnement laissait beaucoup à désirer depuis la fièvre typhoïde. Ce premier effet produit, les symptômes nerveux se sont atténués, mais plus encore le tremblement que les troubles cardiaques.

Aussi, étions-nous encore loin d'une guérison, toujours incertaine en pareil cas, lorsque la malade a cessé de venir à la Clinique. Le fait est d'autant plus regrettable que l'électricité (courants faradiques sur le sympathique cervical, formule Vigouroux) eût bien trouvé son

indication après l'amélioration de l'état général par les toniques et les douches froides.

Ce fait nous paraît bien démontrer la possibilité d'un tremblement de nature hystérique coexistant avec une autre affection.

Faisons remarquer également que le système nerveux de cette malade paraît avoir subi, comme dans l'observation III, une auto-infection consécutive à une maladie aussi infectieuse que la fièvre typhoïde. Cependant les conséquences de cette auto-infection ayant tardé trois mois environ, on peut en conclure qu'une asepsie intestinale énergique, pratiquée avec suite pendant la convalescence, eût peut-être empêché ce self empoisonnement.

d. Tremblements de nature non hystérique malgré leur apparence au début.

Il nous serait facile de citer plusieurs exemples de tremblement hystérique évoluant avec le goître exophtalmique; d'autres, dans lesquels l'hystérie y était tout à fait étrangère, la maladie de Basedow étant seule en cause. En général, dans ces deux ordres de tremblement, le diagnostic offre peu de difficultés, même au début.

Les difficultés augmentent lorsque le tremblement coïncide avec un empoisonnement chronique, comme celui d'origine alcoolique ou métallique, susceptible de provoquer eux-mêmes des tremblements d'origine toxique pure. L'alcool surtout est fort incriminé aujourd'hui comme cause d'hystérie chez l'homme.

Des exemples fort instructifs ont été publiés par les auteurs, notamment par MM. Bitot et Pitres. En pareil cas, la guérison peut être obtenue, même lorsque l'affection se présente sous des dehors graves et compliqués.

Mais il n'en est plus du tout ainsi lorsque le trem-

blement est le prélude d'une sclérose en plaque ou d'une paralysie agitante. Dans cette dernière affection, un tremblement vibratoire en est le signe pathognomonique.

Au début, pouvant encore disparaître, il peut être considéré comme un simple tremblement hystérique. De là, une erreur de diagnostic et surtout de pronostic facile à commettre. Inutile d'insister sur les inconvénients d'une telle erreur pour le praticien sollicité de se prononcer prématurément.

Ces derniers faits, auxquels nous faisons allusion, remontent aux premières années de notre pratique. A cette époque éloignée, la maladie de Parkinson était à peine entrevue et confondue le plus souvent avec d'autres affections.

Dans un cas de ce genre, il s'agissait d'une dame de quarante ans, forte, bien constituée, ayant perdu une fille unique âgée de vingt ans. A la suite de ce grand malheur, survinrent tous les symptômes d'un état nerveux dénommé *nervosisme*, *névropathie*; aujourd'hui nous dirions *neurasthénie*.

L'isolement relatif et la médication hydrothérapique, suivie pendant quatre mois, parurent amener une guérison complète. Quelques mois plus tard, la main droite fut prise d'un léger tremblement persistant au repos, augmentant au plus léger mouvement et disparaissant pendant le sommeil.

L'hydrothérapie fut reprise. Mêmes bons effets sur l'état général et disparition momentanée du tremblement.

L'année suivante, c'était en 1864, retour du tremblement. Il a gagné l'avant-bras et le bras. J'envoie la malade à Barèges. Résultat remarquable. Pendant dix-huit mois, plus de tremblement. État général assez satisfaisant au point de vue physique.

Les causes morales de l'affection restent toujours à l'état de souvenir très aigu. Le tremblement reparait à

la main droite encore et gagne rapidement tout le membre. Nouvelle saison à Barèges. Action incomplète. Au retour, un chirurgien essaie d'arrêter ce tremblement à l'aide d'un appareil contentif inamovible. Effet désastreux. Des douleurs intolérables surviennent dans le membre immobilisé; l'appareil est enlevé.

Malheureusement, à partir de cette époque, le tremblement se généralise rapidement à tout le corps et la malade succombe quelques années plus tard dans un état tout à fait misérable, après avoir passé les derniers temps de son existence dans ses appartements, trouvant à peine un léger soulagement à les parcourir de temps à autre.

Dans un autre cas de maladie de Parkinson, signalé dans un de nos travaux antérieurs, le tremblement vibratoire, limité à un des membres supérieurs avant de se généraliser à tout le corps, avait eu pour cause un accident de chemin de fer. Le malade, pris entre des essieux et des traverses, faillit périr par suffocation. Sa frayeur avait été extrême ⁽¹⁾.

La médication hydrothérapique produisit ses bons effets habituels. Dans la maladie de Parkinson encore au début, elle en ralentit toujours l'évolution. Mais toujours aussi l'affection reprend son cours fatal après ces arrêts favorables et momentanés.

RÉSUMÉ. — CONCLUSIONS.

Il ressort de l'ensemble de nos observations les traits principaux suivants.

Tous les cas de tremblements hystériques ou douteux ont porté sur le sexe féminin. Deux remontaient à la première enfance, un datait de trois ans, et chez les autres le tremblement existait depuis un an.

Survenu spontanément dans deux cas (obs. I et II), lié aux causes habituelles de l'hystérie chez trois malades (obs. IV, V et VI), une affection aiguë, infec-

(1) P. Delmas. *Manuel d'hydrothérapie*, p. 325. Paris, 1885. O. Doin, édit.

tieuse, semble en avoir été la cause principale dans les observations III et VII.

Nous avons fait ressortir l'importance de cette dernière cause. Ces faits sembleraient venir à l'appui de la théorie toute récente des auto-infections du système nerveux par les agents microbiens.

La sensation de tremblement sous forme de vibration intérieure persistait au repos chez six malades. Celle de l'observation I a fait seule exception à cette règle.

Peut-être pourrait-on retrouver dans ce caractère la preuve de la nature hystérique du tremblement, si la malade de l'observation II ne faisait pas exception. Chez elle, en effet, la sensation de tremblement au repos était bien perçue et cependant elle n'offrait aucun stigmat hystérique.

Chez plusieurs malades, le tremblement était plus accusé au réveil et dans les premières heures du jour. Il affectait la forme vibratoire, sauf dans l'observation I, dont le tremblement rappelait plutôt celui de la sclérose en plaques. Chez toutes, les travaux réclamant de l'adresse amenaient une fatigue rapide et plusieurs cassaient ou tordaient leurs aiguilles en cousant. Certaines accusaient une sensation de chaleur superficielle périphérique allant jusqu'à la moiteur, comme cela s'observe plus particulièrement dans le goître exophtalmique.

L'observation VII est un exemple intéressant de tremblement, pouvant à la fois appartenir à l'hystérie et au goître exophtalmique. Par leur début insidieux et leur sensibilité aux agents thérapeutiques, on aurait considéré volontiers comme de nature hystérique les deux derniers cas de tremblement. Leur terminaison — paralysie agitante — a posé le diagnostic.

L'altération de l'écriture de plusieurs malades est caractéristique. Elle rappelle celle du vieillard atteint de tremblement sénile. Ces modifications peuvent

servir de preuves dans les variations d'intensité du tremblement pendant son évolution et son traitement. De là, les spécimens reproduits dans cette étude.

Les médications suivies, hydrothérapie, électricité, aimantation, agents toniques, tout en produisant d'excellents effets, n'ont pas toujours donné la guérison. Faute de mieux actuellement, il nous paraît difficile d'en préconiser d'autres à un égal titre. Cependant, quelquefois de simples pilules inoffensives chez des sujets convaincus et dociles pourraient réussir là où ces médications ont échoué.

Il faut ajouter que le tremblement et surtout sa source originelle la plus fréquente, l'hystérie, exigeant des traitements répétés et de longue durée, il n'est pas toujours possible de remplir ces indications, même dans les cliniques hospitalières. De là, des améliorations incomplètes ou des échecs immérités. La plupart des auteurs ont fait la même remarque.

L'hypnotisation, quand elle est possible, et les suggestions peuvent également réussir. Elle a échoué dans l'observation I et nous n'avons pas eu l'occasion d'y recourir chez les autres sujets.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire la nécessité d'isoler certains malades atteints de tremblement. Ce traitement particulier si énergique vise plutôt les manifestations morales et intellectuelles de l'hystérie elle-même.

Or, le tremblement ne s'accompagne pas toujours de ces troubles cérébraux.

Tout au contraire, leur existence est presque de règle, dirions-nous volontiers, dans les *spasmes rythmés* de plusieurs ordres. Les auteurs ayant le mieux étudié ces manifestations anormales de l'hystérie recommandent, avant tout, l'isolement (1).

(1). A. Pitres. *Loc. cit.*, t. I, p. 365.

Sans un isolement méthodique et surtout sans l'éloignement de toutes les personnes ayant vécu dans l'intimité des malades, les meilleures médications échouent très souvent ou ne donnent que des résultats fort incomplets.

Nous en fournirons des exemples probants dans un second travail, en abordant l'étude des spasmes rythmés.

Rapports.

M. W. Dubreuilh. Au nom d'une Commission composée de MM. Davezac, Villar et W. Dubreuilh, fait sur les prix de l'Internat un rapport dont les conclusions sont de donner :

1° A M. Matignon, un prix de 100 francs ;

2° A M. Pépin, un prix de 50 francs.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

M. W. Dubreuilh, au nom d'une Commission composée de MM. Monod, Durodié et W. Dubreuilh, rapporteur, fait sur la candidature de M. de Coquet un rapport dont les conclusions sont :

1° Dépôser honorablement dans les archives la thèse de M. de Coquet ;

2° Envoyer ses travaux manuscrits au Comité de publication ;

3° Mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance le vote sur sa candidature.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Voici les travaux manuscrits envoyés par le Dr de Coquet à l'appui de sa candidature :

Injectons de liquide testiculaire.

Depuis les premières publications de Brown-Séquard sur les effets physiologiques et thérapeutiques du liquide testiculaire de lapin et de cobaye, de nombreuses observations ont été publiées sur ce sujet.

Accueilli au début avec scepticisme, ce nouveau mode de traitement n'a pas tardé à être l'objet d'appréciations très diverses de la part des praticiens qui en ont fait usage dans une foule d'affections diverses, qu'elles soient dues à des lésions organiques comme dans le cancer et la tuberculose, qu'elles tiennent uniquement à un état particulier du système nerveux dont les lésions sont encore mal définies (hystérie, neurasthénie) ou, enfin, à des altérations d'une des principales fonctions de l'organisme comme la fonction glycogénique. Quoi qu'il en soit des théories émises par le célèbre professeur du Collège de France et ses imitateurs, il paraît aujourd'hui nettement démontré que les injections séquardiennes n'agissent pas directement sur l'organe malade. C'est plutôt un tonique général, un stimulant qui, en relevant l'organisme, le met dans des conditions favorables pour lutter avantageusement contre l'agent pathogène.

La lumière n'étant pas encore faite sur cette intéressante question, je me bornerai à relater, sans commentaires, le résultat de mes expériences personnelles sur trois malades de ma clientèle. J'avoue que mes deux premières observations sont un peu incomplètes et, partant, peu concluantes, mais je me ferais un véritable scrupule de les modifier en quoi que ce soit et je vais les rapporter telles qu'elles sont.

Mon premier essai a porté sur un tuberculeux de soixante-cinq ans, atteint primitivement de bronchite chronique simple avec emphysème pulmonaire. Ce malade était, du reste, un tuberculeux en puissance, car un de ses fils est mort de la même affection, il y a quelques années, et l'on sait que la tuberculose débute généralement plus tôt chez les descendants que chez les ascendants.

J'ai suivi pendant plus d'un an le malade dont je parle et j'ai assisté au développement complet de son

affection qui a débuté par une pleurésie gauche avec épanchement abondant que j'ai dû ponctionner à deux reprises différentes. A partir de ce moment, la tuberculose a marché à pas de géant, puisque un an après mon malade succombait à son affection. Je dois ajouter, en outre, que l'examen microscopique est venu, dans ce cas, confirmer mon diagnostic, car j'ai trouvé dans les crachats un assez grand nombre de bacilles de Koch.

Après avoir vainement essayé tous les traitements mis en usage en pareil cas, réconfortants, arsenic et créosote sous toutes ses formes, injections sous-cutanées de gaïacol iodoformé d'après la méthode du professeur Picot, n'ayant pu, dis-je, me rendre maître des ensemençements successifs qui se faisaient, j'ai cessé tout traitement spécifique et j'ai eu recours aux injections de liquide testiculaire. Je pratiquai donc une première injection de deux centimètres cubes au niveau de la fosse sus-épineuse gauche du côté de la pleurésie ancienne, là où les lésions étaient le plus avancées; il y avait à ce niveau de gros râles caverneux et un souffle amphorique très manifeste.

Le soir même, mon malade eut une recrudescence de fièvre et dormit mal. Il est vrai de dire qu'il était très nerveux et avait assez mal supporté la piqûre. J'avais eu cependant le soin d'enfoncer mon aiguille profondément et de m'assurer, avant de presser sur le piston de la seringue, que l'aiguille était libre dans le tissu cellulaire. Je crois inutile d'ajouter que j'ai toujours pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires, et que j'ai procédé de la même façon pour tous les malades que j'ai traités. Je n'ai jamais eu, du reste, le moindre accident.

Deux jours après, nouvelle piqûre dans la fosse sus-épineuse droite, même quantité de liquide, même douleur pendant et après l'opération, même poussée fébrile la nuit suivante.

J'ai répété les injections pendant trois semaines environ, en augmentant la quantité de liquide employé (5 cent. cubes) et variant le point où je faisais la piqûre.

Au bout de ce laps de temps, M. X..., qui gardait le lit depuis plus d'un mois, manifesta l'intention de se lever. Il put faire quelques pas dans son appartement et rester quelques heures dans son fauteuil. Malheureusement, cette amélioration ne fut que passagère, une poussée nouvelle de tuberculose obligea le malade à se remettre au lit quelques jours après et il ne s'en releva plus. Le désespoir s'empara de lui et il fallut cesser les piqûres dont il ne voulait plus à aucun prix. Doit-on attribuer au liquide testiculaire le regain de forces qu'a eu ce malade à un moment donné, n'y a-t-il dans tout cela qu'une simple coïncidence? Je l'ignore. Je le répète, je me borne à consigner ce que j'ai observé. Je dois dire encore que l'auscultation, pratiquée tous les jours avec grand soin, ne m'a jamais permis de constater la moindre amélioration dans l'état du poumon. Il n'y a eu qu'un simple réveil de la tonicité générale.

A quelque temps de là, j'ai expérimenté de nouveau la méthode de Brown-Séquard chez un neurasthénique. Il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans, bien bâti et vigoureux, ayant toujours eu une excellente santé jusqu'au moment où, deux ans avant ma première visite, il eut de l'otite moyenne suppurée qui se propagea à l'oreille interne, amenant vraisemblablement des lésions du labyrinthe et des canaux demi-circulaires, car il avait du vertige de Ménière très net.

Constamment préoccupé de sa surdité et de ses vertiges, ce malade, que je soupçonne alcoolique, devint bientôt neurasthénique. Il avait les céphalées en casque si rebelles des neurasthéniques, de l'agoraphobie, une lassitude insurmontable et une répugnance marquée pour toutes ses occupations habituelles. Toujours préoccupé de son état, il faisait antichambre chez tous les spécialistes de notre ville et, de guerre lasse, se traitait lui-même en lisant la quatrième page des journaux où abondent les réclames trompeuses. J'ai essayé, à mon tour, les traitements rationnels pour son otite (injections boriquées, pilocarpine) et pour sa neurasthénie,

épuisant tour à tour la série des nervins et des toniques. Ce fut sans résultat. C'est alors que je proposais les injections séquardiennes. J'en fis à peu près une dizaine, variant de trois à cinq centimètres cubes. Le malade les supporta très mal et parut souffrir beaucoup chaque fois sans avoir toutefois la satisfaction de se sentir amélioré, et nous en restâmes là.

Ce deuxième fait, sans être concluant contre la méthode séquardienne, prouve cependant qu'il faut faire aux malades un très grand nombre de piqûres avant d'arriver à un résultat. Cet inconvénient ne me paraît pas être de minime importance, car il est fort difficile de faire accepter un traitement, d'ailleurs très onéreux, qui ne doit agir qu'au bout de plusieurs semaines et quelquefois même de plusieurs mois.

J'ai eu cependant la bonne fortune de voir le troisième malade dont je vais m'occuper, persévérer assez longtemps pour arriver à une amélioration très sensible et qui a fait de mon client un des chauds partisans de Brown-Séquard et de son traitement.

Voici les faits :

M. X..., cinquante ans, rentier, est mon client depuis plus de deux ans. Je lui donne mes soins depuis cette époque pour un diabète à forme peu grave, mais rebelle à tout traitement. Les médications internes les plus variées et les régimes les plus sévères n'ont amené qu'une faible diminution de la glycosurie. Il est vrai que les analyses successives n'ont jamais donné plus de 15 à 16 grammes de sucre par litre et la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures n'a jamais dépassé deux litres.

M. X... souffre également d'une dilatation de l'estomac et de dyspepsie consécutive. Cette dilatation me paraît être d'origine éthylique, car mon client est atteint de cette forme insidieuse de l'alcoolisme des gens du monde qui ne font jamais de véritables excès alcooliques au sens strict du mot, mais qui prennent

régulièrement un petit verre de fine champagne après chaque repas et quelques bocks dans la journée. La santé de M. X... est demeurée assez bonne jusqu'au mois de novembre 1892. A cette époque, il eut l'influenza, un peu de bronchite et dut garder le lit pendant plusieurs jours. Jusque-là, l'auscultation de la poitrine ne m'avait révélé qu'un emphysème pulmonaire assez marqué. A partir de cette époque, le poumon gauche commença à se prendre; je perçus, en effet, dans le creux sous-claviculaire une rudesse respiratoire marquée, en même temps que tout ce côté était submat à la percussion. Je dirigeai donc tous mes efforts de ce côté et je n'épargnai ni les balsamiques, ni les reconstituants, ni surtout les révulsifs, donnant en ce cas la préférence aux pointes de feu distribuées *larga manu* et fréquemment répétées. J'essayai en même temps de calmer la fièvre d'ensemencement par de petites doses de quinine et d'antipyrine. Malgré cela, mon malade continuait à aller de mal en pis, les lésions pulmonaires gagnaient du terrain et la deuxième période de la tuberculose arrivait à grands pas, se manifestant par une expectoration muqueuse abondante et de nombreux craquements humides dans toute l'étendue du poumon gauche soit en avant, soit en arrière. Le malade, sourdement miné au moral et au physique, s'affaiblissait de jour en jour, l'appétit était nul et l'émaciation très accentuée.

En présence de cette rapidité de la marche envahissante, je fis part de mes craintes à l'entourage du malade et je proposai les injections de Brown-Séquard.

La première piqûre fut faite, le 28 février 1893, dans la fosse sus-épineuse gauche; vive douleur et syncope au moment de la pénétration des dernières gouttes de liquide, j'avais injecté un centimètre cube seulement. Je pus cependant augmenter de deux centimètres pendant les séances suivantes, qui eurent lieu en mars, les 2, 4, 6, 9, 12 et 14. Ce ne fut qu'à cette époque, soit à la huitième injection, que le malade commença à ressentir une amélioration notable caractérisée par l'aug-

mentation des forces et de l'appétit. Tout traitement spécifique avait été supprimé.

Le 16 mars. — Injection de quatre centimètres cubes.

Le 18. — *Idem.* Pointes de feu en avant et en arrière.

Le 21. — *Idem.* État général et local moins bon. Un peu de fièvre, expectoration plus abondante.

Le 23. — Piqûre à la fesse. Amélioration générale et locale, expectoration moins abondante. Première sortie en voiture.

Le 25. — La piqûre a été particulièrement douloureuse, vomissements aussitôt après.

Le 26. — Nouvelle sortie, mais à pied; depuis cette époque, le malade a pu sortir tous les jours et prolonger chaque fois son séjour au grand air.

Le 1^{er} avril. — Nouvelle piqûre de quatre centimètres cubes.

Le 4. — Le malade peut se rendre en tramway dans mon cabinet, et il habite à l'extrémité opposée de la ville. Je lui fais sa piqûre.

Le 6. — Piqûre dans mon cabinet. Le malade ayant cessé depuis longtemps tout traitement antidiabétique, je redonne de la liqueur de Fowler et du carbonate de lithine.

Le 11. — L'amélioration ayant persisté, M. X... a manqué une séance. Après sa piqûre, il me confie qu'il a eu tous les jours précédents des érections matinales auxquelles il n'était pas habitué; dans la nuit du 10 au 11 avril, il a eu une éjaculation qui l'a un peu fatigué. L'analyse des urines donne une faible proportion de sucre, 11 grammes par litre; urine rendue en vingt-quatre heures, 1 litre 800 grammes.

L'auscultation ne fait plus percevoir que quelques craquements humides survenant seulement après un effort de toux; ces craquements ne sont pas constants.

Le 15. — Je revois le malade dans mon cabinet, il est enchanté. L'état général s'est considérablement amélioré, l'appétit est parfait, l'embonpoint revient et le malade peut sans effort s'occuper de ses affaires et sortir toute la journée. Nous décidons de réduire les piqûres à

deux par semaine, mais en portant la quantité de liquide injecté à neuf ou dix centimètres cubes.

Fièvre intermittente d'origine hystérique.

L'observation que je vais rapporter me paraît particulièrement intéressante, tant au point de vue de la rareté du fait en lui-même qu'au point de vue de l'importance du diagnostic et du traitement qui en découle.

Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, cuisinière dans un hôpital d'une petite ville de la Gironde, et qui fut traitée sans succès pour des fièvres paludéennes du 7 décembre 1892 au 12 février 1893.

Voici comment débuta l'affection de ma malade. Le 6 décembre au soir, elle se coucha bien portante, mais réglée depuis l'après-midi. Le lendemain, à son réveil, on lui remit une dépêche l'appelant en toute hâte auprès d'une de ses petites nièces qui se mourait à Bordeaux d'une fluxion de poitrine. L'émotion éprouvée par la malade à ce moment-là fut très vive, ses règles s'arrêtèrent aussitôt et elle éprouva en même temps une violente céphalée, accompagnée de douleurs épigastriques intenses. Partie pour Bordeaux, elle arriva au moment où sa nièce rendait le dernier soupir. Depuis lors, les douleurs stomacales ne firent que s'accroître et s'accompagnèrent de vomissements que rien ne pouvait arrêter et qui l'obligèrent à repartir précipitamment.

De retour dans sa petite ville, elle fut prise de fièvres intenses revenant régulièrement vers les cinq heures du soir et s'accompagnant des trois stades classiques de la fièvre paludéenne, frisson, chaleur, sueur. Ces accès revinrent d'abord tous les deux jours (fièvre tierce), puis tous les trois jours (fièvre quarte), et cela avec une régularité parfaite, pendant près de trois mois, malgré l'administration de fortes doses de quinine.

Une fois l'accès passé, la malade finissait par s'endormir, mais d'un sommeil très agité; elle parlait tout

haut, rêvait constamment qu'elle soignait sa petite nièce ou que son cercueil était auprès de son lit.

Au réveil, la céphalée et les vomissements revenaient avec une ténacité désespérante, mettant la malade dans un état de faiblesse extrême. Cet état de choses dura jusqu'au 12 février, où, de guerre lasse, elle se décida à venir à Bordeaux, sur les conseils de son médecin qui avait ordonné le changement d'air. C'est alors que je vis cette femme pour la première fois, et l'examen que j'en fis me donna immédiatement l'idée que j'étais en présence de troubles névropathiques. Toutefois, avant de commencer le traitement, je m'assurai que la malade avait véritablement de la fièvre aux jours et heures indiqués, et j'administrai jusqu'à deux grammes de sulfate de quinine par jour pour me convaincre de l'inefficacité d'un pareil traitement. Je dois ajouter que, même en plein accès fébrile, je n'ai jamais pu délimiter la rate par la percussion.

Le diagnostic d'hystérie me paraissant à peu près certain, je m'informai des antécédents de ma malade et recherchai chez elle les stigmates de cette névrose.

Les antécédents héréditaires sont muets à cet égard. Son père est mort à soixante-trois ans de tuberculose, il n'était ni nerveux ni alcoolique. Sa mère est morte très jeune, de suites de couches, la malade l'a peu connue.

Quant à elle, elle a toujours eu une excellente santé jusqu'à ces derniers temps. Depuis l'âge de quinze ans, elle a toujours été réglée à époque fixe, pas de rhumatismes, pas de syphilis, d'alcoolisme, ni d'impaludisme antérieur. Elle n'a jamais eu de crises de nerfs et paraît plutôt apathique qu'hyperexcitable; mais un fait important à signaler c'est qu'elle parle constamment la nuit en dormant. Pas de noctambulisme.

Il y a trois ans, elle fut traitée à Bordeaux pour un polype naso-pharyngien et eut quelques phénomènes de fièvre et d'agitation nocturne, rappelant ceux qu'elle présente aujourd'hui.

Actuellement, cette femme est considérablement amaigrie par suite de l'inanition due aux vomissements, mais

elle ne présente nullement cette anémie profonde et rapide produite par l'impaludisme, et son teint n'est pas terreux.

Comme stigmates de l'hystérie j'ai trouvé chez elle : la voûte palatine en ogive avec abolition du réflexe pharyngien, de la soudure du lobule de l'oreille mais sans malformation du pavillon, un point douloureux sous chaque sein, un autre au niveau de l'ovaire gauche. Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de troubles de la sensibilité. J'ai essayé sans succès d'endormir la malade, elle se prête difficilement à l'expérience, mais je la crois cependant hypnotisable.

Ainsi fixé sur le diagnostic, basé sur l'examen de la malade, sur ses antécédents, sur le mode de début et l'heure d'apparition de ses accès fébriles (cinq heures du soir), j'ai institué le traitement suivant qui est venu confirmer mon diagnostic d'hystérie. Bromure de potassium pour le jour et pilules de *mica panis* pour le soir, demi-heure avant l'accès fébrile, avec recommandation formelle de ne pas dépasser trois pilules et de cesser même après la première s'il survenait de la constriction à la gorge et des fourmillements dans les jambes. Or, mes pilules de mie de pain agirent si bien, que le lendemain on me mandait en toute hâte pour calmer les picotements que ma malade éprouvait dans les membres inférieurs. J'ai diminué la quantité de pilules et augmenté la dose de bromure, en recommandant à la malade de faire le plus d'exercice possible, en même temps que je lui assurai avec conviction qu'elle guérirait bientôt de ses fièvres.

Actuellement, la malade est en pleine voie de guérison, les vomissements ont disparu et la fièvre n'a plus aucun caractère pathognomonique; elle revient de loin en loin, mais les trois stades déjà mentionnés font complètement défaut. Quelques douches que la malade va prendre compléteront heureusement la médication instituée.

Curettage utérin pour rétention de débris placentaires.

La question du curettage de l'utérus puerpéral a été tout récemment remise en honneur par notre distingué confrère, le professeur agrégé Rivière. Dans son intéressante communication à la Société obstétricale de France, M. Rivière faisait connaître le résultat de sa pratique portant sur quinze cas de curettage utérin après l'accouchement ou l'avortement. L'auteur accorde la préférence au curettage précoce et opère dès les premières manifestations de la septicémie. Cette opinion est, du reste, partagée par presque tous les gynécologues qui estiment, tout comme M. Rivière, qu'il est préférable d'opérer de bonne heure, car une intervention tardive peut arriver à temps pour débarrasser l'utérus des produits septiques qu'il renferme, mais non pour prévenir l'infection de l'organisme qui a déjà commencé plusieurs jours avant l'intervention chirurgicale.

Ayant eu tout dernièrement l'occasion de pratiquer un curettage dans des circonstances tout à fait analogues, j'ai cru qu'il serait de quelque intérêt de relater cette observation qui vient corroborer les observations de M. Rivière et d'y ajouter quelques réflexions personnelles.

Le 12 mars 1893, à huit heures du soir, je fus appelé par une sage-femme auprès d'une parturiente de vingt-deux ans, primipare, qui était en travail depuis le matin et dont l'accouchement devenait dystocique par suite d'inertie utérine. Lorsque j'arrivai auprès de la malade, je la trouvai complètement épuisée, à bout de forces. La poche des eaux s'étant rompue depuis plusieurs heures, les douleurs ne portaient pas et l'ovoïde fœtal demeurait engagé au détroit inférieur. Les douleurs allaient, du reste, en diminuant toujours d'intensité, et les battements fœtaux paraissaient s'affaiblir.

Pensant qu'il était inutile d'attendre plus longtemps que la nature terminât son œuvre, je fis une application de forceps et je ramenai sans peine un enfant peu volumineux qui rendit son méconium aussitôt après, ce qui indiquait nettement qu'il était grand temps d'intervenir.

Les choses ayant très bien marché, j'avais lieu de croire que tout se bornerait à une application banale de forceps au détroit inférieur. Malheureusement, la série des tribulations ne faisait que commencer pour l'accouchée. En effet, après plus d'une heure d'attente pendant laquelle j'avais donné plusieurs injections très chaudes et malgré des frictions continuelles faites sur l'utérus à travers la paroi abdominale, le placenta demeurait toujours enclavé et fixe, inaccessible, à l'orifice du col. Nous étions donc en présence d'une rétention placentaire due à des adhérences, comme je m'en suis rendu compte au cours de la délivrance artificielle, et vraisemblablement favorisée par l'inertie utérine.

Quelques tractions légères, faites sur le cordon sans aucun résultat, me firent comprendre l'inutilité et le danger de pareilles manœuvres. Je m'empressai donc de remettre la femme dans la position obstétricale et je pratiquai la délivrance artificielle en décollant doucement le placenta; une injection intra-utérine de deux litres fut administrée aussitôt après et la femme lavée et changée de linge fut remise au lit. Mon premier soin fut alors d'examiner le placenta, mais comme il était légèrement dilacéré, je ne pus me rendre exactement compte s'il était complet. Je partis donc en prévenant la famille des accidents ultérieurs qui pourraient résulter d'une rétention probable de débris placentaires; la sage-femme, qui devait faire des injections intra-utérines les jours suivants, avait mission de me prévenir au moindre frisson, à la moindre élévation de température. Ce deuxième appel se fit assez longtemps attendre, car c'est seulement le huitième jour que je fus mandé de nouveau.

Les lochies, qui la veille encore étaient normales

bien qu'elles continssent des débris de placenta, devinrent, dans le courant du septième jour, extrêmement abondantes et fétides. L'odeur était si pénétrante et caractéristique, que j'en fus frappé en entrant dans la chambre. Le thermomètre était monté à 39° et la malade accusait quelques frissons et un peu de céphalée, le teint était devenu blafard, la langue sèche, le pouls petit et rapide.

L'hésitation n'étant pas permise en pareil cas, je proposai immédiatement le curettage. Mais la famille ne partageant pas ma précipitation, je ne pus les décider que le troisième jour après l'apparition des accidents infectieux. Pendant ce laps de temps, la malade s'anémia davantage, le facies devint de plus en plus grippé, le pouls de plus en plus petit et le ventre se ballonna légèrement. Quant aux lochies, elles ramenaient sans cesse à l'extérieur des débris putréfiés.

En présence de cette aggravation des symptômes, le mari se décida à laisser pratiquer le curettage. Je le fis le lendemain (24 mars), soit douze jours après ma première intervention.

Comme la malade s'était montrée très indocile au cours de mon application de forceps, je crus utile de lui faire donner du chloroforme par un confrère. Introduite dans l'utérus, ma curette à bord tranchant ramena des débris placentaires putréfiés, du pus et des portions de muqueuse utérine infiltrée. Tous les produits septiques ainsi retirés, je continuai mon curettage jusqu'à ce que l'air utérin se fasse nettement entendre, mais en évitant toutefois de faire un raclage trop énergique. Quand l'eau qui ressortait de l'utérus ne renferma plus de débris, je fis une injection intra-utérine abondante avec la curette laissée à demeure, et aussitôt après un pansement utérin à la gaze iodoformée. A partir de ce moment, la malade a commencé à s'améliorer sensiblement, pas de fièvre; elle a eu même de l'hypothermie pendant les premiers jours qui ont suivi mon intervention; abaissement de température que je crois devoir expliquer par l'adynamie profonde de cette femme.

Actuellement (13 avril), elle est parfaitement rétablie et pourra reprendre incessamment ses occupations habituelles.

Je rapprocherai volontiers de cette observation le fait suivant dont je fus témoin il y a un an environ.

Il s'agissait d'une femme qui eut une rétention placentaire par enchatonnement à la suite d'un accouchement gémellaire. Trois jours après la délivrance artificielle, il fallut faire un curettage, le chloroforme ne fut pas administré, mais on chercha à obtenir le cri utérin. La malade guérit du reste parfaitement au bout de quelques jours et put même allaiter ses deux jumeaux, bien que les phénomènes d'infection aient été très graves chez elle.

J'ai été tout récemment encore (19 mars) témoin d'un autre cas de rétention placentaire pour lequel j'ai dû faire une délivrance artificielle. Le placenta, presque entier, était depuis deux jours déjà dans le vagin lorsque je fus appelé. Le col, prématurément refermé, avait enserré une portion du placenta et des membranes. Au moment où je retirai l'arrière-faix, il se dégagea du vagin des gaz et un liquide noirâtre horriblement fétides. Il y avait donc là un commencement de putréfaction qui n'amena cependant pas d'accidents septiques malgré la malpropreté et la misère de la malade et de son entourage.

En m'appuyant sur les trois observations que je viens de citer, je tirerai les conclusions suivantes :

1° Le curettage précoce est légitime et indiqué lorsque l'on a la certitude qu'il reste des débris de membrane ou de placenta dans l'utérus et dès que les symptômes d'infection ont commencé. En effet, de deux choses l'une : ou les injections intra-utérines longtemps continuées seront suffisantes pour déterger complètement l'utérus et éviter les accidents graves de l'infection, ou elles seront impuissantes à débarrasser complètement la matrice. Dans le premier cas,

il me semble que l'on perd du temps en temporisant; on fatigue inutilement la malade qui s'affaiblit fatalement par la résorption inévitable de produits septiques, on retarde d'autant la convalescence et on compromet presque à coup sûr l'allaitement. C'est ce qui est arrivé pour la malade dont j'ai rapporté l'observation tout au long. Pendant que la famille hésitait, la malade s'affaiblissait et perdait complètement son lait. Dans le second cas, lorsque les injections intra-utérines seront insuffisantes, on doit *a priori* opérer hâtivement; les raisons que je viens de faire valoir ont encore plus de valeur en pareil cas;

2° Il me paraît nécessaire de chercher à obtenir le cri utérin, c'est la seule façon de s'assurer que l'utérus est absolument débarrassé. Si, en effet, on laisse quelques produits septiques dans l'utérus, on est exposé aux accidents d'infection qui seront probablement moins intenses en pareil cas, mais qui pourront donner naissance à une endométrite chronique avec ou sans propagation aux annexes. D'ailleurs, les cas de perforation utérine à la suite de curettage sont assez rares; les deux cas publiés par le professeur Lanelongue (de Bordeaux) s'accompagnaient de rétroflexion, ce qui rend l'utérus beaucoup plus fragile au point de flexion. Ces deux curettages avaient du reste été pratiqués pour des endométrites chroniques;

3° La curette tranchante, qui permet d'exercer une pression moindre, devra être préférée en pareil cas;

4° On aura le soin d'opérer le jet en main de façon à permettre le libre écoulement des produits de la rétention et à être prévenu, par l'absence du retour du jet, de la perforation du muscle utérin;

5° Ma première observation et la troisième montrent l'importance qu'il faut attacher aux injections antiseptiques (intra-utérines et vaginales) souvent répétées. Dans un cas, en effet, elles ont empêché la

putréfaction jusqu'au huitième jour et dans l'autre elles ont écarté toute septicémie malgré la malpropreté de l'habitation et la fétidité du placenta extrait;

6° Si le chloroforme n'est pas toujours indispensable, il est cependant des cas où on ne saurait s'en passer. La principale objection faite contre l'anesthésie en pareil cas est la perforation plus facile de l'utérus; mais je crois cependant que l'on doit redouter bien davantage cet accident avec une malade indocile qui peut faire de brusques mouvements et embrocher elle-même son utérus.

Rapport.

M. Loumeau, au nom d'une Commission composée de MM. Venot, Pousson et Loumeau, rapporteur, lit sur la candidature de M. Issoulier (de Villeneuve-sur-Lot) un rapport dont les conclusions sont :

1° Déposer honorablement dans les archives la thèse de M. Issoulier;

2° Envoyer son travail manuscrit au Comité de publication;

3° Mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance le vote sur sa candidature.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Voici le travail manuscrit envoyé par le Dr Issoulier à l'appui de sa candidature :

Calculs récidivants de la vessie chez un malade opéré deux fois par la taille hypogastrique.

Cette observation est rédigée de mémoire. La première partie des faits qu'elle relate remonte à 1887. Les notes que j'avais prises à cette époque et qu'un de mes amis emporta à Paris n'ont pu être retrouvées. Aucun des faits saillants ne sera oublié cependant, je n'ai pas pratiqué d'autre taille depuis.

Au mois de mai environ 1887, E..., âgé de trente-quatre ans, souffrait déjà depuis de nombreuses années

quand il demanda mes soins. Au premier examen de sa vessie, je constatai la présence d'un calcul, mais il m'était difficile, avec les renseignements peu précis du malade, de remonter au début probable de sa formation. Le malade se plaignait de violentes douleurs au moment de la miction, il s'écoulait une quantité considérable de pus après les dernières gouttes d'urine. La fréquence des besoins se rencontre souvent avec les mictions douloureuses, c'était le cas pour E...; dans les jours qui précéderent l'opération, il se sondait quelquefois toutes les demi-heures. Il n'atténuait un peu cette fréquence et la violence de ses épreintes douloureuses que par des lavements de laudanum pur. Il absorbait ainsi de ce médicament des quantités prodigieuses. Pour s'en procurer, il avait vendu tous les meubles de sa maison les uns après les autres et avait réduit à la dernière misère sa femme et ses enfants.

Le malade se sondait pour uriner; la sonde d'argent qu'il employait pouvait correspondre au n° 15 de la filière Charrière. Il était impossible d'introduire une sonde non métallique. La sonde métallique elle-même n'était introduite dans la vessie qu'avec les plus grandes difficultés. Il nous est arrivé, avec le Dr Brun, de ne pouvoir l'introduire et le malade exécutait alors la manœuvre avec une habileté que lui avait procurée une longue expérience; il avait su trouver un tour de maître à lui, difficile à saisir.

D'où provenait la difficulté du cathétérisme? Nous n'hésitons pas à la mettre sur le compte de rétrécissements compliqués, car le passage d'une sonde n° 15 n'exclut pas l'idée de rétrécissements pouvant entraver le libre écoulement de l'urine. Quelques renseignements, fournis par le malade sur des accidents de jeunesse, expliquent leur formation.

Hémorragie, rétrécissement, cystite, calcul, telle nous semble avoir dû être la marche d'ailleurs classique des événements qu'il aurait été intéressant de suivre de près.

A ce moment (1887), nous envoyâmes le malade, en

proie
d'être
admi
So
Comp
passer
là, il
et, en
lade, l
avant
jours.
Mais,
pensée
tres redo
nous dem
pour lui d
beaucoup de
que la taille
résultat favora
ments d
La cysti
d'intensit
france,
interren
Je n'a
maître,
ni causa
mineuse qu'
Le 5 août,
des hôpitaux
entreprises
Quelque
cristallin
les ne
sont

proie à des souffrances intolérables et réduit à un état d'émaciation extrême, à l'hôpital de Bordeaux, où il fut admis dans le service de M. le professeur Lanelongue. (Nous dûmes demander à la Compagnie d'Orléans un compartiment spécial, le malade étant obligé de se passer laborieusement la sonde toutes les demi-heures.) Là, il fut constaté que la pierre était très volumineuse et, en attendant l'opération qui devait délivrer le malade, les lavages de la vessie à l'eau boriquée institués avant son départ furent pratiqués pendant quelques jours.

Mais, contre toute attente, le malade, effrayé à la pensée d'une opération qu'il se représentait comme très redoutable, quitta brusquement l'hôpital et revint nous demander nos soins. J'écrivis à M. Lanelongue pour lui demander des conseils, qu'il me donna avec beaucoup de bienveillance. Notre maître nous répondit que la taille hypogastrique seule pouvait donner un résultat favorable à cause de la grosseur extraordinaire du calcul et de l'impossibilité de faire pénétrer des instruments dans un canal difficile à franchir.

La cystite et les mictions douloureuses redoublèrent d'intensité; le malade, vaincu cette fois par la souffrance, ne tarda pas à réclamer avec instances une intervention qui fut fixée au 5 août 1887.

Je n'ai pas mentionné à sa place que mon excellent confrère, le Dr Brun, en pratiquant le toucher rectal, avait constaté au-dessus de la prostate une tumeur volumineuse qu'on aurait pu prendre pour un néoplasme.

Le 5 août, aidé de deux de mes amis alors internes des hôpitaux de Paris, les Drs Bouygue et Valette, nous entreprîmes la taille hypogastrique avec M. le Dr Brun.

Quelques jours auparavant, les lavages boriqués avaient rendu une certaine capacité à la vessie qui, lors des premiers lavages, admettait à peine deux cuillerées de liquide. Ces lavages avaient considérablement diminué, sans le faire complètement disparaître, le dépôt muco-purulent que l'urine laissait former au fond du vase.

Le malade étant endormi, le ballon de Petersen fut mis en place et rempli de 400 grammes de liquide environ; nous savions que la vessie n'en admettait pas une grande quantité. Le malade avait placé lui-même avant de s'endormir, pour éviter le retard qu'aurait occasionné cette manœuvre difficile ici, la sonde à robinet.

Injection dans la vessie d'une solution boriquée. Incision de la peau de l'aponévrose, du muscle sur une étendue de dix centimètres environ. La vessie fut facilement découverte lorsque le doigt en crochet eut repoussé en haut de la plaie le tissu cellulaire prévésical. Les fils suspenseurs étant placés, nous incisâmes la vessie sur une longueur de quatre centimètres environ. Au cours de l'opération très laborieuse qui suivit, nous eûmes le regret de ne pas nous être donné plus de jour.

Le calcul, que nous touchâmes avec le doigt introduit dans cette ouverture, remplissait presque complètement la vessie. L'impossibilité de l'extraire d'un seul coup en entier était évidente. Dans l'effort que nous fîmes avec le doigt pour l'entraîner, il s'écrasa. Dès lors, commença un pénible travail. Le doigt et les tenettes enlevaient de gros morceaux de calcul; une cuillère à café, dont nous tordîmes le manche, nous fut précieuse pour aller recueillir au fond du puits le mortier qui résultait de la pigmentation du calcul. Toute la vessie était tapissée de dépôts phosphatiques que le doigt devait détacher non sans effort, quelquefois au détriment de la muqueuse. Et pour nettoyer complètement la vessie, il ne nous resta qu'une ressource, celle d'injecter avec la seringue à hydrocèle, en poussant violemment le piston, de l'eau qui en refluant entraînait tout le sable au dehors. Nous dirons ici que l'eau bouillie boriquée se trouvant épuisée par cette manœuvre souvent répétée, nous dûmes avoir recours à regret à de l'eau de la fontaine. Cet abandon forcé des règles élémentaires de l'antisepsie n'amena aucun inconvénient dans la suite; nous opérions à la campagne.

En détachant le calcul des parois de la vessie, notre index s'engagea dans un diverticule, situé sur la paroi de droite, farci, comme la vessie, de calculs phosphatiques.

La plus grande difficulté fut de nettoyer cette chambre, cette vaste cellule dont l'ouverture et les parois se contractaient sur les doigts comme le col et la cavité de la matrice après l'accouchement. S'agissait-il d'une cellule véritable ou d'une cavité formée par les contractions irrégulières d'une vessie à forte musculature? L'existence des cellules est peu admise et M. Guyon prétend n'en avoir jamais rencontré. Ce qui n'est pas douteux, c'est qu'il nous fallut extraire comme un second calcul enchatonné comme un cotylédon. Il en résulta pour nous un tel engourdissement des doigts et de la main qu'à plusieurs reprises il nous fallut céder la place à nos amis qui se fatiguèrent à leur tour.

Après de pénibles efforts et de nombreux lavages, chacun put constater que la vessie était complètement nettoyée; il ne restait plus aucun fragment.

L'existence de cette cavité supplémentaire que rien avant l'opération n'aurait pu faire soupçonner, nous semble démontrer une fois de plus les avantages de la taille hypogastrique. Comment par un autre procédé un chirurgien, même très expérimenté et très habile, serait-il arrivé à faire le nettoyage de cette vessie dont la capacité était réduite presque au volume du calcul lui-même et comment aurait-on pu pénétrer dans cette cellule ou dans cette portion de vessie, qui se contractait si fortement sur les doigts, pour la débarrasser de son contenu? Il nous semble que si on avait tenté un autre procédé d'extraction, il aurait certainement fallu terminer par une taille hypogastrique.

Les tubes de Périer furent mis en place et fonctionnèrent à peu près régulièrement. La plaie marcha sans incident vers la cicatrisation. La fièvre ne survint à aucun moment, le malade ne souffrit plus. Il recommença à se livrer aux travaux des champs qu'il avait depuis si longtemps abandonnés. L'état de maigreur

extrême qu'il présentait avant l'opération fit place à un embonpoint qui étonnait son entourage.

Rien ne semblait devoir troubler cette paisible existence lorsque, environ dix-huit mois après, de nouveaux besoins fréquents d'uriner se produisirent avec tout le cortège des accidents qui accompagnent les calculs. Ces accidents, atténués d'abord, s'aggravèrent jusqu'au moment où le malade, se rappelant les bienfaits de la première opération, se décida sans trop de peine à se mettre une deuxième fois entre nos mains.

A deux ans de distance, au mois d'août encore, en 1889, la sonde exploratrice nous permettait de constater la présence du gros calcul que nous vous présentons libre celui-là dans une vessie plus spacieuse que lors de la première opération.

Dans cette seconde intervention nous avons compté, pour trouver sans peine la vessie, sur le tissu cicatriciel qu'avait dû produire la première section des tissus. Mais nous fûmes déçus, cette recherche fut, au contraire, plus laborieuse. Une manœuvre très simple vint tout à coup à l'idée de mon confrère et rendit cette recherche facile. Il abaissa entre les jambes du malade, le pavillon de la sonde à robinet et le bec vint faire saillie dans la boutonnière musculo-cutanée pratiquée au-dessus du pubis.

L'opération, un moment retardée, marcha rapidement, le calcul était unique. Nous recherchâmes la cavité supplémentaire constatée deux ans auparavant, il n'y en avait pas trace.

A quoi fallait-il attribuer la formation de ce second calcul? A la cystite persistante sans doute malgré les lavages continués après la première opération. A la même cystite consécutive au rétrécissement blennorragique qui avait amené le premier dépôt de phosphates si abondants. Aussi, profitant du sommeil du malade, la pierre étant enlevée et la vessie nettoyée, je passai dans le canal un couteau de Maisonneuve. Une sonde à bout coupé n° 18 ou 19 glissa aisément sans frottement. Tubes de Périer retirés le quatrième jour. Le malade,

possesseur d'une des vessies les plus complaisantes qu'on puisse trouver, ne connut pas plus la fièvre que la première fois. Il lui fut bien recommandé de se passer dans la suite, une fois par mois au moins, les nos 18 et 19.

Cet homme afferma une propriété assez considérable qu'il travaillait à peu près seul quand je quittai ce pays pour venir à Villeneuve, il y aura de cela quatre ans au mois d'août. Tous les ans, jusqu'à l'année dernière, je suis revenu à Saint-Céré, où j'ai retrouvé mon malade en bonne santé.

J'en étais là de mon observation, lorsque j'ai écrit à mon confrère de Saint-Céré pour qu'il me donnât des nouvelles très récentes qui devaient compléter ce travail et voici les détails que j'ai lus avec une certaine tristesse :

« E... travaille, il est toujours fermier de la même propriété, mais il éprouve le besoin de se laver la vessie quotidiennement. La santé presque parfaite a duré trois ans. Il y a quelque temps qu'il éprouve des douleurs semblables à celles qui avaient précédé les premières opérations. Il dit qu'il sent la pierre venir interrompre le jet quand il urine. Pour se soulager, il se fait en ce moment cinq lavages de la vessie par jour. Depuis la deuxième opération, me dit mon confrère, le malade n'a jamais eu un jet puissant et il se produit un peu en vrille. Quelques crises néphrétiques se sont montrées, très légères, mais sans persistance. Le malade dit qu'il y a quelquefois du sable dans ses urines. »

Le cathétérisme n'a pas été pratiqué, mais il ne me paraît pas douteux, d'après ces quelques renseignements, qu'un troisième calcul s'est déjà formé. Une diathèse spéciale phosphatique, une cystite rebelle, un canal qui se sera un peu rétréci de nouveau à cause sans doute de la négligence qu'aura apportée le malade à se sonder pendant la période tranquille qui a suivi la

deuxième opération, telles me paraissent être les causes de cette troisième rechute. Ces rechutes sont bien connues d'ailleurs des spécialistes, qui rapportent des cas où, après six mois seulement, ils ont dû enlever une seconde pierre volumineuse (Guyon).

La pierre que je vous présente a mis deux ans à se former. Si le malade, qui est loin de se trouver dans la situation lamentable qui précédait la première opération, consent à se laisser débarrasser du troisième calcul, la troisième étape aura duré quatre ans.

Je lui ai fait dire que je me tenais toujours à sa disposition lorsqu'il sera décidé à se débarrasser de sa troisième pierre et il faudra bien qu'il y arrive. Je n'hésiterai pas à faire les cent cinquante kilomètres qui nous séparent pour lui rendre ce service. Et si votre bienveillance m'accorde le titre que je sollicite, je serai heureux de vous faire connaître le résultat de cette troisième intervention ⁽¹⁾.

La séance est levée.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

⁽¹⁾ Ce travail était rédigé à la fin du mois de juin. Le 10 juillet suivant, le malade subissait pour la troisième fois la taille hypogastrique, que lui pratiquait avec plein succès mon distingué confrère et ami, le Dr Brun (de Saint-Céré, Lot), qui retira encore un calcul phosphatique. Cette observation, extrêmement rare, pourrait donc être intitulée: *Calculs récidivants de la vessie chez un malade opéré trois fois avec succès par la taille hypogastrique.*

Nécrologie.

M. le Président rappelle à la Société la perte cruelle qu'elle a faite récemment dans la personne de M. Perrens et fait en quelques mots l'éloge du défunt.

Condoléances.

M. le Secrétaire général annonce à la Société qu'un de ses membres, M. Durodié, a eu la douleur de perdre son fils et se fera l'interprète des sentiments de tous en lui adressant une lettre de condoléances.

Correspondance.

1° Lettre du Congrès international de Budapest demandant la liste des membres de la Société;

2° Lettre d'un industriel de Lyon demandant à communiquer un système de vidange dont il est l'inventeur;

3° Brochure intitulée : *Des troubles de la sensibilité aux membres inférieurs chez les diabétiques*, dont M. Vergely, son auteur, fait hommage à la Société.

Élections.

M. de Coquet est élu membre titulaire de la Société.

M. Issoulier (de Villeneuve-sur-Lot) est nommé membre correspondant de la Société.

Prima mensis.

Les maladies le plus fréquemment observées pendant ces deux derniers mois sont : la fièvre typhoïde, des angines, des périostites dentaires, des affections gastro-intestinales.

Double hétérotomie de la dent de sagesse. — Présentation de pièces.

M. Dunogier. L'année dernière, j'avais l'honneur de présenter à la Société un cas d'hétérotomie de la dent de

sagesse au niveau de la première grosse molaire. Me trouvant à Paris au mois de juin, j'en fis, sur la demande de M. Magitot, la communication à la Société de Stomatologie. Là, il me fut contesté que ce fût la dent de sagesse, sous prétexte que le follicule de la troisième molaire ne pouvait se déplacer ainsi en avant. Ma réponse fut que les anomalies dentaires n'attendaient pas pour se produire la permission des anatomistes et ce que je présentais à la Société était précisément une anomalie. Depuis, j'ai eu l'occasion d'observer une double hétérotopie de cette même dent de sagesse dont je vous soumetts le moulage. Après cela, je pense que le doute n'est plus permis. Pour avoir été observée pour la première fois ailleurs qu'à Paris, cette anomalie n'en est pas moins absolument réelle et indiscutable.

Observations sur le régime lacté absolu dans les albuminuries.

M. Vergely lit le travail suivant :

Certes, il ne peut venir à l'esprit de personne de contester la valeur du régime lacté absolu dans le traitement d'un certain nombre de maladies, soit du tube digestif, du foie, des reins, soit de quelques maladies générales : troubles de la nutrition qui exigent l'expulsion prompte et à l'état de dissolution de produits toxiques qui encombrant le sang.

Mais, en raison des merveilleux résultats obtenus, n'a-t-on pas abusé de ce régime? Ne se laisse-t-on pas aller trop aisément, et sans plus d'enquête, à prescrire le régime lacté? Comme toute médication, le lait ne comporte-t-il pas ses indications et ses contre-indications? Il ne nous semble pas qu'on puisse le prescrire empiriquement pas plus qu'aucun autre médicament, même les spécifiques. La solution des problèmes thérapeutiques est déjà assez obscure pour ne pas en aggraver les difficultés par l'abstention de toute

réflexion, de tout raisonnement dans les prescriptions médicales.

Les observations que nous voulons avancer sur le lait et son emploi dans les albuminuries néphritiques ou autres comportent en premier lieu quelques points à établir sur ce liquide comme aliment et sur l'état actuel de nos connaissances dans l'albuminurie, qui doivent servir de base aux conclusions de ce travail.

Nous supposerons, tout d'abord, que le lait qui doit être absorbé par l'homme sain ou malade est du lait de vache et qu'il présente toutes les qualités requises d'un bon lait : origine, âge, composition, etc.; et, en outre, qu'il est bien accepté et bien toléré par le sujet en observation.

Une première question se pose. Quelle quantité de lait faut-il prendre pour être suffisamment nourri? La réponse est variable; deux litres et demi, trois litres et quatre litres par vingt-quatre heures ont été tour à tour conseillés. On admet qu'il faut environ trois litres, mais la majorité penche pour quatre litres pour suffire à l'alimentation d'un homme de moyenne taille et du poids de 60 à 65 kilos. Or, si on établit le bilan nutritif de cette quantité de lait, on obtient, en admettant qu'un litre de lait renferme :

Eau.....	867
Albuminoïdes.....	36
Beurre, matières grasses.....	40
Sucre.....	50
Sels minéraux.....	7

dont la densité est de 1,032 et le résidu sec de 133 par litre (1); si on multiplie par 4 les chiffres de cette analyse, on trouve :

(1) Cette analyse est celle qui est donnée par M. Gauthier (*Cours de Chimie*, t. III, p. 724, 1892). C'est le résultat d'une moyenne générale de dix analyses faites dans les conditions les plus diverses et par différents chimistes. Elle renferme des chiffres plus élevés que celle de Poggiale, de Filhol et Joly, etc.

Eau.....	3.468
Albuminoïdes.....	144
Beurre.....	160
Sucre (hydrate de carbone)....	200
Sels minéraux.....	28

Or, d'après Ed. Smith et Playfair (voir Germain Sée, *Du régime alimentaire*, p. 177), le besoin journalier le plus rigoureux exige 66 grammes d'albuminoïdes, 24 grammes de graisse et 330 grammes d'hydrates de carbone; si peu que le sujet marche, entre en action, il faut 120 grammes d'albumine, 40 grammes de graisse, 630 grammes d'hydrocarbone et plus encore, si le travail, si la fatigue deviennent intenses.

En comparant ces dernières données aux premières, il faudrait prendre trois litres de lait pour absorber la quantité d'albuminoïdes indispensables, plus de cinq litres de lait pour atteindre les 250 grammes d'hydrocarbures absolument nécessaires; quant à la graisse, un litre et demi de lait serait suffisant.

J.-A. Hoffmann ⁽¹⁾, qui a étudié la valeur nutritive du régime lacté exclusif, fait remarquer que la quantité d'albumine et de graisse est suffisante pour l'entretien d'un homme sain, mais les hydrates de carbone sont en trop petite proportion. Ainsi, en admettant que 400 grammes d'hydrate de carbone soient le chiffre d'une ration d'entretien, il faudrait pour l'atteindre ingérer dix litres de lait.

L'auteur, comparant la quantité d'azote introduite par le régime lacté (deux litres et demi à trois litres) avec la quantité d'azote perdue par les fèces et les urines, trouve que cette dernière quantité l'emporte. Si les malades peuvent longtemps se maintenir avec le régime lacté, c'est à la seule condition d'éviter les

⁽¹⁾ *Zeitsch. f. Klin. med.*, Bd VII, suppl. p. 8, 1884. *Rev. des Sc. méd.* 1885, p. 136.

mouvements, les efforts, l'exposition au froid. Slatkowsky et Sassestky avaient soutenu les mêmes idées. Soxhlet regardait le lait comme une émulsion de graisse pure, opinion qui nous paraît justifiée. M. Germain Sée (*loc. cit.*, p. 235-236) avait constaté que « si le sujet nourri au lait ne perd pas sensiblement de son poids à cause de la graisse du lait, il dépense une quantité considérable d'azote aux dépens du corps, les forces musculaires diminuent et, si cet individu se livre à un travail physique, il est menacé dans sa santé générale ».

Pour notre compte, nous avons observé que la perte de poids n'était insensible que lorsque les sujets étaient faibles, lymphatiques, nourris avec quatre litres d'un lait très gras, fourni par des vaches auxquelles on donnait, outre un excellent pacage, du foin et des barbotages de farine, et que ces sujets gardaient rigoureusement le lit.

Quand le régime lacté était administré à des sujets vigoureux, qui ne quittaient pas le lit, la perte de poids était très considérable et rapide. Un homme de quarante-cinq ans, mis au régime lacté pendant un mois pour une affection intestinale qui fut guérie au bout de dix jours, avait perdu 10 kilos; un jeune homme de vingt ans, très robuste, auquel on avait prescrit ce régime pour une néphrite *a frigore*, avait perdu en trois semaines 5 kilos.

Voici une observation avec tous les détails nécessaires :

C... (Pierre), âgé de trente-deux ans, grand, sec, vigoureux, entre à l'hôpital Saint-André le 19 juin, convalescent d'une scarlatine (?). Huit jours avant d'entrer, le 11 juin, il avait été mis au régime lacté par son médecin; au début de ce régime, il pesait 62 kilos. Nous continuons le régime lacté, qui n'est rigoureusement établi que le 21 juin, deux jours

près son entrée. Le résultat de l'observation est le suivant :

DATES.	POIDS.	URÉE.	CHLORURES.	PHOSPHATES.
21 juin 1893....	57 ^k 500	18 ^g 50	11 gr.	3 ^g 75
23 juin.....	57 »	22 50	8 gr.	2 65
26 juin.....	56 500	24 gr.	12 40	2 »

C..., n'ayant pas offert dans ses urines la moindre trace d'albumine, n'ayant aucun vestige de desquamation, nous ne jugeons pas à propos de prolonger le régime exclusif du lait. On lui donne des soupes au lait, du riz au lait, du pain.

DATES.	POIDS.	URÉE.	CHLORURES.	PHOSPHATES.
29 juin 1893....	59 kil.	18 gr.	15 gr.	1 ^g 50
1 ^{er} juillet.....	60 500	13 gr.	17 60	1 30
4 juillet.....	61 kil.	17 gr.	19 80	1 48
8 juillet.....	62 kil.	Pas de traces d'albumine.		

Le malade est très bien; il est autorisé à sortir. Il avait perdu 6 kilos en vingt jours.

Le fait est démonstratif.

Avant de pénétrer plus loin dans l'action du lait ou de ses différents éléments sur l'organisme, il est nécessaire de donner quelques citations qui montrent à quel point les opinions qui règnent sur le lait sont contradictoires.

On connaît le mémoire de Pécholier publié dans le *Montpellier médical* (1866, p. 289), ayant pour titre : *Des indications de l'emploi de la diète lactée dans le traitement des diverses maladies*. « Avec le quinquina et le mercure, dit Pécholier, la diète lactée est peut-être le remède qui nous a donné les plus beaux résultats et qui nous a inspiré au plus haut degré cette confiance inébranlable en la puissance de la thérapeutique, sans laquelle aucun médecin ne peut réussir dans son art. » Parti de cette note enthousiaste,

Pécholier ne connaît plus d'obstacles, il célèbre la santé et la vigueur de l'âge d'or où l'humanité tout entière était soumise au régime lacté (p. 291) : Homère, les Troyens, Hippocrate, sont tour à tour invoqués. Cependant, ce dernier a été loin de conseiller le lait, surtout dans les maladies fébriles aiguës, et pose de nombreuses contre-indications à cet aliment. Mais, ajoute notre auteur, c'est qu'il est dirigé par de fausses idées théoriques plutôt que par l'expérience. Cependant, un certain nombre de médecins de l'antiquité, parmi lesquels Galien, Aétius, Avicenne, Amotus Lusitanus, Henri de Heers, citent une foule d'accidents fâcheux causés par le lait et les attribuent à sa coagulation dans l'estomac. Si l'explication est fautive, les observations sont néanmoins exactes. « Les reproches de ces auteurs sont injustes, ce sont des préjugés, des erreurs, » écrit le médecin de Montpellier; dans les ^{xv}^e et ^{xvi}^e siècles, le lait avait ses chauds défenseurs comme Wepfer, qui le déclarait divin, comme Coestus qui le tenait pour le remède unique; d'autres, comme Guyot (Pécholier, p. 299), l'accusent de donner la pierre. Nous ne pousserons pas plus loin cette énumération d'auteurs anciens qui témoigne que le lait n'a pas été adopté sans conteste.

Pécholier, après avoir déclaré que le lait est du sang « à l'état de transition », que par lui les forces s'entre-tiennent, se réparent, que la vie se prolonge, admet aussi aisément que la diète lactée est un puissant altérant (p. 216), qu'elle convient dans l'état sthénique de l'organisme et ne convient pas dans l'état asthénique et qu'il se présente de nombreuses exceptions relatives surtout au tempérament et à l'idiosyncrasie de chaque sujet (p. 223). Il est inutile, je pense, de relever toutes les contradictions que contient ce travail, qui jouit cependant en France d'une certaine notoriété.

Pécholier avait fait dans son mémoire une allusion

discrète à un travail d'un de ses compatriotes, le Dr Guinier, publié dans le *Bulletin général de Thérapeutique* ⁽¹⁾.

Après avoir rappelé que c'est Chrestien (de Montpellier) ⁽²⁾ qui a insisté sur l'emploi du lait dans les hydropisies et conseillé d'avoir recours à ce moyen « avant tout autre remède dans les cas d'hydropisie ascite accompagnée ou non d'anasarque, excepté le cas dans lequel l'ascite reconnaît pour cause l'élément scrofuleux » ⁽³⁾, M. Guinier fait remarquer avec raison qu'on a apporté un contingent de faits, mais sans chercher à poser les indications et les contre-indications du traitement proposé. Après avoir discuté les circonstances où la diète lactée peut être utilisée, M. Guinier ajoute que l'observation clinique démontre l'inutilité, sinon même les dangers de la diète lactée, dans toutes les hydropisies dites passives, asthéniques ou par débilité, dans celles qui surviennent chez des individus d'une pauvre constitution ou lentement affaiblis par une affection chronique, dont le pouls est faible et les forces languissantes; elle constate, au contraire, l'utilité de son emploi dans les hydropisies dites actives, sthéniques ou pléthoriques, etc. Hors ces cas, nous le répétons, la diète lactée nous paraît plus nuisible qu'utile (p. 342-343).

Le Dr Ardo (de Draguignan) avait adressé à l'Académie de Médecine un mémoire ayant pour titre :

⁽¹⁾ Guinier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier. Des indications et des contre-indications du lait dans les hydropisies. (*Bull. gén. de Thérap.*, 1857, p. 347.)

⁽²⁾ J.-A. Chrestien. De l'utilité du lait administré comme remède et comme aliment dans le traitement de l'hydropisie ascite. (*Arch. gén. de Méd.*, 1831, p. 329 et seq.)

⁽³⁾ Mais dans aucun cas il ne faudrait s'obstiner à en user, si, après huit à dix jours de son emploi, on n'en avait pas obtenu un effet diurétique marqué, bien entendu qu'on l'abandonnerait plus tôt au cas qu'elle donnât lieu à des accidents graves ou d'une extrême importance. (*Arch. méd.*, 1831, p. 494.)

Effet énérvant du lait. M. Collineau, rapporteur, établit d'abord que M. Ardoin n'est pas aussi exclusif que le titre de son travail paraîtrait l'indiquer. C'est avec onze observations ayant pour sujets des individus d'âge, de sexe, de tempérament et de position sociale divers, que l'auteur du mémoire, dit Collineau, cherche à prouver que le lait exerce parfois sur l'économie une action excessivement débilitante et les arguments confirmatifs de cette assertion, c'est qu'il n'existait chez aucun des sujets aucune affection capable de rendre compte de la déperdition des forces et qu'il a suffi de supprimer l'usage du lait pour amener le retour presque subit de la santé ⁽¹⁾. Quoi qu'en dise le rapporteur, la preuve nous paraît suffisante.

Dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, où bon nombre de médecins de la génération actuelle ont puisé des renseignements, nous trouvons à l'article *Lait* que : « c'est un aliment complet, qu'il suffit à la croissance de jeunes enfants..., qu'aujourd'hui encore il n'est pas rare de voir des pâtres de montagne se nourrissant exclusivement de lait et de pain noir et jouissant, malgré ce régime frugal, d'une santé robuste. Néanmoins, excellent pour les organes digestifs délicats et en quelque sorte inexpérimentés du nourrisson, le lait n'est pas fait pour constituer le régime exclusif de l'homme bien portant qui demande des aliments plus substantiels et plus nutritifs. Administré seul chez des sujets habitués à une nourriture plus riche, le lait ne tarde pas à amener un amaigrissement notable par véritable autophagie; de là, son emploi utile dans certains cas de polysarcie. » Mais plus loin, page 90, on lit : « La première et la plus précieuse des propriétés du lait est d'être à la fois un aliment complet et de facile diges-

(1) *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1854, p. 805.

tion. C'est un aliment complet; de là, la possibilité d'en faire un aliment exclusif, de le donner des mois et des années en l'absence de toute autre substance alimentaire; avantage inappréciable puisqu'il permet l'usage prolongé et ininterrompu de la même intervention thérapeutique. » Enfin, page 98, on trouve : « Le lait et ses dérivés agissent autant dans la phthisie pulmonaire plutôt à titre d'altérants que de calmants et de reconstituants. »

Si vous ne prenez que du lait, vous vous auto-phagez... Vous pouvez en prendre des mois et des années sans inconvénients pour votre vie, puisque c'est un aliment complet... A la fois insuffisant et complet, altérant, calmant et reconstituant, c'est merveilleux !

Jaccoud aussi, dans son livre de *Pathologie interne*, le trouve un aliment complet. » Mais, néanmoins, administré exclusivement à un sujet bien portant et vigoureux, il constitue une alimentation insuffisante. Il aura donc pour résultat de favoriser la désassimilation et de faire maigrir l'individu. »

Si on veut connaître l'opinion de G. Sée sur le régime du lait, on trouve, page 235 (*Du régime alimentaire*) : « Certaines populations se nourrissent, dit-on, exclusivement de lait; il constitue un aliment complet en ce sens qu'il contient les trois espèces chimiques : la caséine, le sucre et la graisse, qui suffisent pour entretenir les forces de l'individu sain et réparer ses pertes corporelles; il est bon toutefois de faire observer que ces populations ne manquent pas d'y ajouter, soit du pain et du fromage, comme le font les pâtres des Alpes; soit du maïs (pollenta), comme le pratiquent les Piémontais et les Lombards. Ce régime lacté, même ainsi modifié, est, en effet, inapplicable à tous ceux qui se livrent à un travail physique. Si, à l'état de repos, l'apport de la caséine albumineuse est

suffisant, il cesse de couvrir le déficit de l'organisme dès que les mutations moléculaires sont augmentées pour faire de la force vive. » On voit qu'il faut s'entendre sur l'expression *aliment complet*. Le lait est un aliment complet... théorique.

Chez les sujets malades, les choses se passent différemment, deux citations vont nous l'apprendre :

Cordier ⁽¹⁾, dans une thèse, s'exprime ainsi sur le lait : « Ce régime lacté ainsi formulé (régime lacté absolu) est intolérable au bout de quelques jours. Non seulement les malades souffrent d'une nourriture qui les rebute, mais ils ont de plus à subir les tortures de la faim et de la soif; de sorte que s'ils ne sont pas maintenus par un ferme caractère et la ferme conviction qu'ils guériront, ils se laisseront vite d'un traitement qu'ils croient impuissant à les soulager. » Ces réflexions étaient la reproduction de l'opinion de Siredey ⁽²⁾.

À l'étranger, on trouve affirmées par des hommes compétents les mêmes idées. Dans la *Berliner klinische Wochenschrift* (1892, n° 1, p. 18), M. Ageron (de Hambourg) a publié un travail sur les mauvais effets des cures de lait, où il soutient l'opinion suivante : « Le lait en grande quantité cause une série d'effets nuisibles, se rapportant surtout à l'appareil digestif et en seconde ligne à l'état général de la nutrition.

Il nous faut particulièrement citer une anorexie s'installant insidieusement, des vomissements, une sensation de pression et de tension à l'épigastre, arrivant jusqu'à produire des crampes douloureuses, le développement d'énormes quantités de gaz dans l'intestin et des diarrhées de fermentation. L'abdomen

(1) Cordier. *Sur les modifications imprimées aux hydroptisies dysoristiques par le lait*. (Th. de Paris, 1871, p. 15.)

(2) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, p. 102, art. 9256, t. XLIII, 3^e série.

est tendu comme un ballon; l'estomac, par suite d'une surcharge continue de liquide, se dilate. Chimiquement, on n'y trouve plus la plupart du temps de l'acide chlorhydrique libre. Quant à l'état général, il y a déperdition du poids et amaigrissement général notable. Par suite du changement de coloration de la peau, le malade peut offrir l'image de la cachexie cancéreuse. Il résulte de cela un ensemble de symptômes présentant le plus souvent le type d'un catarrhe chronique de l'estomac avec les dommages qui en résultent pour l'organisme. Les causes de ce catarrhe sont la décomposition et la fermentation du lait et la surcharge de l'estomac et de l'intestin. Ces troubles sont souvent si sérieux, qu'on a beaucoup de peine à en débarrasser le malade. Il est donc très important au commencement d'une cure de lait, de s'assurer de l'état de l'appareil digestif. »

Ces citations nous paraissent suffisantes pour montrer les opinions contradictoires qui existent sur le rôle du lait dans la nutrition en général. Elles ont commencé entre Hippocrate et les Asclépiades de Cnide ⁽¹⁾ et durent encore aujourd'hui. Il y a eu, sans aucun doute, exagération de part et d'autre, mais chacune des opinions renferme une part de vérité.

Quand on analyse d'un peu plus près les effets de l'ingestion de quatre litres de lait, on observe une série de phénomènes dont la connaissance est utile pour interpréter l'action de cet aliment.

Quatre litres de lait, c'est un peu plus de trois litres de liquide jetés dans la circulation générale, ils ne tardent pas à amener une certaine tension artérielle que précèdent des envies plus fréquentes d'uriner, urination d'autant plus abondante que le lait renferme un principe diurétique, la lactose. Cette

(1) Hippocrate, trad. Littré, t. V, p. 435.

boisson abondante constitue une sorte de lavage des tissus de l'organisme, comme l'ont prouvé Bishoff, Voit, Herman Schnnedeberg; aussi la plupart des sels, surtout les phosphates, les sulfates, divers déchets organiques, l'urée, sont notablement augmentés dans le liquide urinaire. Dans les analyses que nous avons citées précédemment, on peut s'assurer du fait.

Chez une autre malade atteinte de néphrite chronique, la quantité d'urine était passée, sous l'influence du régime lacté, de 1,150 à 2,400 grammes; l'urée, de 19 à 42 grammes; les phosphates, de 2 à 3 grammes.

Genth, en expérimentant sur lui-même et en prenant 1,485 grammes d'eau, puis deux litres et finalement quatre litres d'eau, vit la proportion d'urée éliminée s'élever de 40 grammes à 48^g9, puis 54^g3 par litre. Au bout d'un certain nombre de jours, l'équilibre se rétablit et le chiffre de l'urée est plus bas qu'il n'était au début de l'expérience.

Il résulte de ces recherches que le lait, grâce à son sérum lactosé, est un puissant moyen de lavage, de drainage qui, à une dose élevée, enlève aux tissus une certaine quantité de matières azotées. Si, au bout de quelques jours, l'équilibre se rétablit, c'est que la tension est moindre, que le lait fournit une bien moins grande quantité d'albuminoïdes transformables en urée que la viande et qu'une partie de l'albumino-caséine du lait est rejetée par les fèces.

M. Prausnitz ⁽¹⁾, ayant nourri un adulte exclusivement de lait pendant trois jours, à la dose de trois litres par jour, fit l'analyse du lait ingéré, des urines et des excréments. La comparaison entre la composition des excréments et celle du lait, ainsi que leur poids absolu, permet de conclure qu'une partie notable des éléments du lait n'a pas été utilisée par l'orga-

(1) De l'utilisation du lait de vache dans le tube intestinal de l'homme. (*Rev. des Sc. méd.*, t. XXXIV p. 34.)

nisme : 8,96 % du résidu sec du lait, 11,18 % de son azote, 5,05 % de sa graisse, 6,95 % de sa substance organique et 37,08 des éléments minéraux se retrouvent dans les excréments.

Nous avons pu constater nous-même par des examens histo-chimiques la grande quantité de beurre, de mucus, de matières colorantes biliaires, d'émulsion graisseuse et de sels de phosphate de magnésie et de chaux que contiennent les fèces des sujets nourris exclusivement au lait.

Ces quatre litres de liquide fatiguent l'estomac et l'intestin dont ils créent la dilatation. Aussi, M. Dujardin-Beaumetz a-t-il donné l'intolérance du lait comme un des signes de la dilatation et de l'entéropose intestinale. Cette quantité de liquide risque, chez certains individus, d'engendrer la dyspepsie des boissons décrite par Chomel en 1857 ⁽¹⁾. Il ne serait pas exact de ne pas reconnaître cependant qu'une faible acidité gastrique suffit à attaquer et à chimifier l'albumino-caséine qui séjourne dans l'estomac trois heures avant de pénétrer dans l'intestin.

D'après Reichmann ⁽²⁾, un autre effet fâcheux du lait sur le tube intestinal, c'est la constipation. Elle est quelquefois opiniâtre, redoutable, si on n'y veille attentivement. Il se fait de véritables blocs de matières grasses, protéiques, de consistance de mastic qu'il est difficile de faire expulser. Le séjour de ces matières dans l'intestin provoque des réflexes sur le cœur et le système nerveux, signalés dans tous les cas d'obstruction intestinale ⁽³⁾. Ce résidu ne pourrait-il pas amener

⁽¹⁾ *Traité des Dyspepsies.*

⁽²⁾ Reichmann. *Rev. des Sc. méd.*, t. XXIX.

⁽³⁾ Bunge cite des expériences faites sur des souris nourries au lait, dont une est morte de volvulus par encombrement intestinal. La suppression de la cellulose a une grande influence sur le mouvement normal de l'intestin, en son absence l'intestin devient inerte et alors sa musculature s'atrophie. (*Chimie biologique*, p. 77.)

la formation de phényl-sulfites et d'acide oxy-butyrique dont l'introduction dans le sang serait toxique?

Nous concluons, avec toute espèce de réserves cependant, après cette revue rapide sur le rôle du lait dans la nutrition, que ce dernier est un aliment à peine suffisant (Bouchard dit : insuffisant) pour les individus placés au repos absolu. Dès qu'ils sont obligés de faire quelque exercice, leurs muscles empruntent les hydrates de carbone nécessaires au développement de leur activité aux matières protéiques ; dans ces dernières conditions, la santé générale est menacée.

C'est à cette circonstance, ainsi qu'au drainage énergique que le sérum lactosé exerce sur l'économie, qu'il faut attribuer l'augmentation du chiffre de l'urée et des matériaux inorganiques, particulièrement des phosphates, dans l'urine.

L'amaigrissement, la perte de poids surviennent non seulement de ce fait, mais encore par suite des quantités notables de beurre, de caséine et de matières minérales qui sont rejetés par l'intestin, comme l'a établi Prausnitz. D'après Bubner ⁽¹⁾, qui a établi la comparaison entre divers albuminoïdes introduits dans le tube digestif, 6,5; 7,0; 7,7; 12 % des albuminoïdes ingérés avec le lait sont rejetés, tandis que les albuminoïdes pris avec la viande ne sont expulsés que dans la proportion de 2,5 à 2,8 %.

L'albumine du lait est d'une plus facile digestion que toutes les autres albumines, elle n'exige que de faibles proportions d'acide lactique. Précieuse qualité!

La dilatation gastro-intestinale, la constipation et ses conséquences, un peu de surmenage du rein causé par la diurèse méritent encore d'être de nouveau consignés.

Avant d'entrer dans l'étude des indications du lait

(1) Bunge. *Chimie biologique*, p. 72.

dans l'albuminurie, nous voudrions rappeler quelques-unes de nos connaissances actuelles sur cette question.

Il s'en faut que tous les problèmes qui touchent à ce sujet de pathologie générale soient tranchés. La nature de cette substance coagulable par la chaleur et par les acides qu'on trouve dans les urines n'a pas encore une formule chimique assez simple, assez précise pour qu'on puisse la regarder comme définitive.

On admet aujourd'hui que l'urine reçoit du sang diverses substances albuminoïdes coagulables : la sérine et la globuline surtout ; elles peuvent y être séparément ou ensemble.

Elles ne proviennent pas seulement des substances de même nature contenues dans le sang, mais encore de celles qui y sont introduites accidentellement et d'autres, enfin, qui se forment aux dépens des épithéliums des canalicules urinaires.

Cette albumine issue du sang peut encore subir dans son trajet quelques modifications qui changent ses réactions habituelles.

A côté de ces substances, il convient de placer la peptone, coagulable par la chaleur, mais non par les acides. On la trouve dans les urines des sujets atteints d'affections hépatiques, dans l'état puerpéral, dans les intoxications et on l'a souvent confondue avec l'albumine proprement dite. Il existe encore dans les urines une substance albuminoïde qui donne les réactions de la caséine.

On ne peut pas toujours distinguer facilement entre elles ces diverses espèces d'albumine. Leur filtrabilité, leur diffusibilité à travers les membranes végétales ou animales sont mal connues et jouent cependant un rôle important dans leur apparition dans les liquides de l'organisme.

Il est donc difficile de déterminer quelquefois la véritable nature de la substance coagulable que ren-

ferme l'urine, sa véritable origine, si elle est sortie parce que le filtre rénal est altéré ou seulement grâce à sa diffusibilité et sa filtrabilité.

On est ainsi conduit à se demander s'il peut se montrer de l'albumine dans les urines à l'état normal, indépendamment d'aucun état morbide antérieur, local ou général.

Tandis qu'un certain nombre d'auteurs, Leube, Furbringer, Millard, Chateaubourg, Grainger, Steward et surtout Senator n'hésitent pas à affirmer cette *albuminurie physiologique* qui se montrerait chez des sujets jeunes et bien portants (albuminurie adolescentium)⁽¹⁾. Ce serait bien de l'albumine qu'on trouverait dans l'urine et non une néphrozymase comme le voulaient Béchamp et Harley. Une rigoureuse critique établit qu'elle se rencontre dans la proportion de 25 % au-dessous de soixante ans.

Cette albuminurie varie sous l'influence de diverses circonstances : travail musculaire, digestion, refroidissement, surmenage intellectuel ou moral, menstruation, etc. Elle présente un certain nombre de signes qu'on peut ranger sous les chefs suivants : 1° l'âge (le sujet doit avoir moins de soixante ans); 2° n'avoir aucun état morbide antérieur; 3° l'urine ne doit pas renfermer plus de 50 centigrammes d'albumine par litre; 4° elle doit être normale, quant au volume en vingt-quatre heures, quant à son aspect, sa densité, sa composition et, enfin, elle doit être exempte d'éléments figurés. Cette albuminurie doit être essentiellement transitoire. Ces caractères ne se rencontrent pas toujours avec une grande rigueur. Ainsi, chez un malade d'Ultzmann⁽²⁾, l'albuminurie a pu être suivie pendant deux ans.

⁽¹⁾ *Traité de l'Albuminurie*, p. 42 et suiv. Paris, 1891, Steinheil, édit.

⁽²⁾ Bartels. *Traité des Maladies des reins*, note additionnelle de Lépine, p. 385.

Buhl (de Suède) a également vu un médecin de vingt-sept ans qui rendait de l'albumine presque tous les jours à la dose d'un gramme par jour; Furbringer a constaté, chez un médecin de vingt-neuf ans, une albuminurie qui ne se montrait que le matin et qui, sous l'influence d'émotions, atteignait jusqu'à 4 et 6 grammes par jour ⁽¹⁾. Cette albuminurie physiologique est donc sujette à des variations qui en rendent le diagnostic délicat.

Pour MM. Lecorché et Talamon ⁽²⁾, l'albuminurie physiologique, comme la comprend Senator, n'existe pas. Il y a toujours quelque trouble rénal, tantôt de la congestion, le plus souvent une glomérulo-néphrite parcellaire, susceptible d'être localisée, immobilisée ou de passer à l'état chronique et d'arriver lentement, mais d'une manière continue, à une des formes du petit rein contracté.

C'est aussi à des troubles vasculaires survenus dans les reins après la naissance qu'il faut attribuer, suivant MM. Lecorché et Talamon, cette albuminurie qu'on rencontre chez les *nouveau-nés* dans la proportion de 38 %. Une part de ces albuminuries des nouveau-nés revient, comme l'a montré Ultzmann, à des *infarctus uratiques*, à des *infarctus sanguins*, à des tubulhématies, comme les appelait Parrot. On a appelé albuminurie physiologique quelques autres albuminuries survenues après l'usage de *certaines aliments* : l'ingestion de fromage en excès (Christison). A ce propos, un cas singulier : Smith dit avoir observé de l'albuminurie chez un médecin chaque fois qu'il buvait une pinte de lait ⁽³⁾. Cl. Bernard a signalé sa propre observation, l'ingestion de nombreux œufs crus. Te-

⁽¹⁾ Bartels. *Loc. cit.*, note de Lépine.

⁽²⁾ *Traité de l'Albuminurie et du mal de Bright*, p. 210. Paris, 1888. O. Dain.

⁽³⁾ *New-York med. Journ.*, 1881.

gart, Brown-Séquard ont avancé des faits semblables. Toutes ces observations ne sont pas à l'abri des critiques : le malade de Christison est mort brightique, Cl. Bernard a succombé à la même maladie, Noorden, Stokvis, Guswold (voir Lecorché) n'ont pas réussi à produire de l'albuminurie par l'ingestion d'œufs crus. Néanmoins, il est avéré que, lorsque cette alimentation (œufs crus) a été uniforme et prolongée, on a vu apparaître de l'albumine dans l'urine (Brown-Séquard, Hammond); les sujets étaient pâles, atteints de faiblesse générale et de vertiges, etc.

MM. Lecorché et Talamon croient que cette alimentation exclusive entraîne des troubles gastro-intestinaux, la non-peptonisation du blanc d'œufs, l'introduction de ces peptones défectueux dans le sang et leur rejet par les urines après glomérulites. Ce sont des explications sans preuves, que la grande autorité en la matière de MM. Lecorché et Talamon peut seule rendre admissibles.

L'albuminurie après les bains froids, pendant la grossesse et l'agonie, a été considérée comme physiologique ⁽¹⁾.

La première est susceptible d'explication complexe : suppression des fonctions de la peau, actes réflexes, et la seconde également : l'hypertrophie gravidique de l'utérus qui jette des peptones dans la circulation, les troubles mécaniques de la circulation, les troubles gastro-intestinaux feront classer toujours l'albuminurie de la grossesse parmi les albuminuries pathologiques.

Dans les dernières heures de la vie, l'urine est toujours albumineuse, comme l'avait annoncé Gubler, en attribuant le phénomène à la stase sanguine, à la ces-

(1) E. Gley. A propos de la présence de l'albumine dans les urines des cadavres, d'après les recherches d'Alonzo (*Archiv. de Physiologie*, 1893, p. 594).

sation de l'hématose et on pourrait ajouter à l'altération de l'épithélium rénal.

Avant d'ajouter quelques mots sur les *albuminuries pathologiques*, les albuminuries hémotogènes, néphrogènes, il est peut-être utile d'indiquer d'abord les connaissances qui nous ont été apportées sur ces difficiles questions par la physiologie expérimentale. On peut dire d'une manière générale que le trépied sur lequel repose l'albuminurie est formé : 1° par les altérations de la membrane filtrante ; 2° par des troubles dans la crase du sang ; 3° par des changements dans la pression sanguine.

La filtration de l'albumine à travers les membranes n'a pas lieu en raison directe de la pression et de la quantité de liquide filtré, mais bien, comme l'ont établi Lecorché et Talamon, en raison égale de la lenteur de la filtration et de l'élévation de la température à laquelle ce phénomène se produit.

Les expériences entreprises sous l'influence de Ludwig par Runeberg, Gotwalt, Bamberger, etc., celles de Grainger, Stewart, de Senator n'ont rien donné de plus.

L'augmentation de la pression artérielle obtenue par section et électrisation de la moelle cervicale, dorsale (Schiff, Correnti, Capitan), section du grand splanchnique (Vulpian), piqûre d'une zone déterminée du quatrième ventricule (Cl. Bernard), section des plexus rénaux (Millar, Cl. Bernard, Hermann), par électrisation nerveuse périphérique (le sciatique ou le crural) (Correnti), par électrisation diffuse périphérique (Wolkenstein, Fiori), par ligature de l'aorte au-dessous des artères rénales (Robinson, Meyer, Senator), par ligature incomplète et momentanée des artères rénales (Grawitz, Israël), par ligature temporaire des rénales (Dibbert et Litten), par ligature des uretères (Charcot, Gombaut). par intoxication par la

strychnine, la digitaline, la nicotine, etc., la concentration de l'urine, par le travail musculaire, au milieu des difficultés d'interprétation qu'engendrent les phénomènes complexes que produisent ces expériences, n'ont servi qu'à démontrer que la *pression artérielle exagérée* ne suffit pas pour produire de l'albuminurie; elle augmente la *quantité d'eau* et un peu celle du *chlorure de sodium*.

La *diminution de la pression artérielle*, l'ischémie rénale obtenue par la ligature de l'artère rénale, par l'hyperthermie, l'électrisation de la moelle cervicale, par la ligature de la veine rénale (Robinson, Munk, Cohnheim), certains poisons produisent la diminution de l'urée, du chlorure de sodium, l'apparition d'une petite quantité d'albumine. A l'état pathologique, il se produit des faits très voisins de ces expériences dans l'anémie par hémorragie abondante, dans l'affaiblissement de l'activité cardiaque, dans le collapsus, à la suite d'embolie de l'artère rénale ou de ses branches, dans les coliques saturnines, l'éclampsie, etc.

Les ligatures plus ou moins complètes de la veine rénale, de la veine cave inférieure produisent la diminution régulière de la quantité des urines, des matières extractives azotées (urée), la proportion des sels n'est pas sensiblement modifiée, enfin le chiffre de l'albumine augmente notablement. Il est entendu que, dans ces cas, la pression artérielle ne doit pas changer. Lorsque la stase est extrême, l'écoulement de l'urine se trouve entravée par la pression exercée par les veines turgescents sur les canalicules urinaires voisins. La ligature de l'uretère (Posner) entrave la circulation veineuse par le même mécanisme que l'arrêt de la circulation veineuse entravait la marche du liquide dans les canalicules urinaires.

La compression thoracique, dans un cas cité par J. Schreiber, a pu amener de l'albuminurie; la com-

pression de la veine rénale par la rate hypertrophiée détermina le même effet en gênant la circulation de retour (1).

En résumé, la compression veineuse cause : 1° une forte diminution de la proportion d'eau comme conséquence de l'abaissement de la pression et du ralentissement du courant dans les appareils de filtration et de sécrétion; 2° la diminution des éléments spécifiques de l'urine : urée, acide urique; 3° le chiffre peu élevé de l'albumine; 4° l'absence totale ou la rareté du sang.

Nous ne joindrons pas à ces recherches expérimentales celles qui ont été entreprises pour juger de la question de l'élimination par le rein de certaines substances injectées dans le sang. Les injections intra-veineuses d'albuminate de soude, de dissolution de syntonine, de fibrine (J.-C. Lehmann), la dissolution de caséine du lait injecté par Runneberg passait dans l'urine à cause de sa filtrabilité. Béchamp, Baltus, Calmettes ont trouvé de l'albumine dans l'urine après des injections intra-veineuses de caséine dissoute dans de la soude. Les injections de lait pur forment des embolies (Senator, p. 182). La gélatine, la propeptone ne produisent aucun effet; la peptone produit de la peptonurie, comme l'a prouvé Hofmeister.

A l'état pathologique de semblables expériences sont parfois réalisées quand il y a hémoglobinhémie soit par des brûlures graves, dans les maladies infectieuses (2), après l'empoisonnement par les sels de potasse, les champignons, soit dans les hémoglobinuries d'origine paludéenne; il y a une sorte d'hyperalbuminose ou des modifications dans l'albumine du sang, qui est alors rejetée. Y a-t-il lésions des glomérules? Pas

(1) Falkenheim, cité par Senator. *Loc. cit.*, p. 126.

(2) On sait qu'après l'inoculation par le bacille pyocyanique il y a toujours albuminurie (Charrin).

de lésions des glomérules, prétend Semmola. Cette opinion est très loin d'être acceptée par tout le monde.

Les expériences physiologiques que nous avons rapportées plus haut sur l'albuminurie expérimentale ne nous fourniront que quelques faibles secours pour interpréter les albuminuries pathologiques.

Le groupe des albuminuries pathologiques est considérable et contient toutes ces albuminuries secondaires dans lesquelles les rapports entre les altérations de la crase sanguine, les troubles circulatoires, les altérations glomérulaires du rein sont dans des rapports mal établis. Il est malaisé de dire si l'altération du sang, comme le veut Semmola, a précédé l'altération rénale ou si elles ont marché de pair. Cependant, si l'albuminurie passe à l'état chronique, la lésion rénale s'établit définitivement.

Ces *albuminuries pathologiques* s'observent dans des états fébriles, dont les uns sont encore indéterminés dans leurs causes, dont les autres sont nettement infectieux, microbiens, comme la fièvre typhoïde, oreillons, érysipèle, amygdalite, diphtérie, pneumonie, rhumatisme, fièvres exanthématiques, varicelle, variole, rougeole, scarlatine, choléra. Modifications dans la crase du sang, troubles vasculaires, action du microbe sur le sang, se partagent les explications mises en avant pour la pathogénie de ces cas.

Dans les cas de maladies chroniques avec microbe bien déterminé, comme dans la tuberculose rénale, la syphilis, l'impaludisme, la lésion rénale paraît suivre de très près l'infection générale.

Dans les intoxications par le phosphore, l'arsenic, le mercure, l'iode, le plomb, l'iodure de potassium, il est très important de distinguer les empoisonnements à faible ou à haute dose, ainsi que dans les intoxications par les acides sulfurique, nitrique, chlorhy-

drique, cathartique, oxalique, la cantharide, les divers alcools, etc., etc. A faibles doses, la plupart de ces poisons agissent sur l'épithélium tubulaire, l'albuminurie y est faible ou rare, sa pathogénie est incertaine; à haute dose, il y a des glomérulites.

L'alternance et la suppléance des fonctions de la peau et des fonctions rénales devaient faire prévoir que les irritations cutanées, la suspension des fonctions cutanées devaient avoir leur retentissement sur le rein; néanmoins, ce fait est moins fréquent qu'on ne le supposerait. Si on met hors de cause l'érysipèle, les exanthèmes, le purpura, les exanthèmes polymorphes, l'affection psoriasique et l'eczéma ne produisent que rarement l'albuminurie. La gale, traitée, frottée, cause bien plus souvent l'albuminurie. Dans la faradisation cutanée, l'impression du froid, les brûlures graves, le mécanisme pathogénique est complexe et n'a pas pour seule explication une néphrite infectieuse, comme le veut M. Victor Augagneur (de Lyon) ⁽¹⁾. Les réflexes vasculo-nerveux y jouent aussi un rôle. L'hémoglobi-nurie *a frigore*, l'hématurie hivernale, l'hémoglobi-nurie paroxystique reconnaissent pour causes les modifications, les altérations subies par les globules et aussi le défaut d'équilibre de l'albumine dans le sang, la séparation de cette substance et son élimination.

Dans les maladies gastro-intestinales, les diarrhées intenses, la typhlite aiguë, perforante, l'appendicite, les troubles de la digestion, l'élaboration vicieuse des produits altérés de la digestion, les étranglements internes, la stercorémie, la coprostase, la pathogénie est celle des néphrites toxiques.

Dans les affections hépatiques, sans ictère : cirrhose atrophique, syphilitique, hépatite diffuse, l'albumi-

⁽¹⁾ *Lyon médical*, 1885.

nurie est beaucoup moins fréquente que dans l'ictère fébrile. Quand il y a affection hépatique et diabète, l'albuminurie se rencontre dans la moitié des cas; dans la goutte avec lésions hépatiques, l'albuminurie n'est pas fréquente. D'une manière générale, les lésions matérielles du foie, qu'elles s'accompagnent ou non d'ictère, ne paraissent pas capables de déterminer par elles-mêmes de l'albuminurie (1). On a prouvé, d'ailleurs, que cette albuminurie était souvent de la peptonurie.

L'expérimentation a démontré que l'irritation ou l'excitation d'un point quelconque du système nerveux périphérique ou central peut déterminer le passage de l'albumine dans l'urine. Cette albuminurie transitoire est d'ordre névro-vasculaire. De même, dans les traumatismes cérébraux, dans les hémorragies encéphaliques, dans l'embolie cérébrale et les différentes attaques apoplectiformes qui peuvent survenir au cours des affections cérébro-spinales; dans les névroses cérébrales, l'épilepsie, l'hystérie, le *delirium tremens*. L'albuminurie dans les affections chroniques du cerveau ou de la moelle est difficile à interpréter.

Dans les affections cardiaques qui sont caractérisées par la stase veineuse, par le ralentissement du courant sanguin et la diminution de la pression glomérulaire. L'albumine apparaît avec d'autant plus d'abondance que la lésion est plus prononcée.

Dans la grossesse, on observe des formes nombreuses d'albuminurie. Il n'y en a pas qui aient un caractère particulier qui puissent la distinguer des autres formes de la maladie. Il n'y a pas d'albuminurie de la grossesse, il n'y a que des albuminuries dans la grossesse, comme l'ont dit Lecorché et Talamon. Ils distinguent les formes suivantes : 1° albuminurie puerpérale; 2° albuminurie du travail; 3° albuminurie

(1) Lecorché et Talamon. *Loc. cit.*, p. 278.

nerveuse post-éclampsique; 4° albuminurie par néphrite antérieure à la grossesse; 5° albuminurie par néphrite intercurrente.

En somme, la grossesse ne crée pas d'albuminurie; elle aggrave celle qui existe, elle est une cause de stéatose des épithéliums.

Les rapports de l'albuminurie avec les maladies des voies génito-urinaires sont établis depuis longtemps (Désir, 1835). La solidarité fonctionnelle des différentes parties des voies urinaires a été encore l'objet d'observations nouvelles et confirmatives de Guyon et de ses élèves: inflammation de l'urètre, de la prostate, de la vessie, quelle que soit la cause de l'urétrite, de la prostatite, de la cystite; action des microbes qui de l'urètre, de la vessie, vont aux reins; action névrovasculaire réflexe donnent l'interprétation qu'il faut accorder aux albuminuries des voies génito-urinaires.

Après avoir parcouru cette série de causes si nombreuses, si diverses qui président au développement de l'albuminurie, comment ne pas être tenté de dire, avec MM. Lecorché et Talamon ⁽¹⁾: « Tout homme est, a été ou sera albuminurique à un moment de son existence » ?

Les causes de l'albuminurie énumérées plus haut sont sous la dépendance de *lésions du glomérule pour quelques-uns* et préparent une série d'altérations qui vont aboutir au mal de Bright (Lecorché et Talamon). Cependant, ces lésions peuvent s'arrêter, rétrocéder ou aller jusqu'à produire une irrémédiable maladie rénale à marche plus ou moins rapide ou plus ou moins continue, mais nécessairement fatale.

Cette opinion n'est pas acceptée par Semmola (de Naples), qui a soutenu l'origine hématogène de l'albumine et l'albuminurie indépendante du filtre rénal ⁽²⁾.

⁽¹⁾ *Loc. cit.*, p. 304.

⁽²⁾ *Nouvelles recherches expérimentales pour démontrer l'origine hé-*

C'était l'opinion ancienne, avant que Bright eût établi d'une façon définitive les relations de l'albumine avec les maladies des reins. Malgré la conviction et le talent déployés par Semmola pour démontrer que l'albuminurie réside dans une diffusibilité anormale des matières albuminoïdes qui, inutilisables par l'organisme, sont rejetées par le rein, pour prouver que les deux facteurs qui produisent cette altération sont les troubles de la pression cutanée et de la fonction cutanée, cette opinion n'a été acceptée que par un très petit nombre de médecins. La preuve de l'altération des albuminoïdes du sang est à faire et les recherches de Mathilde Dessales, de Tizzoni, d'Hayem ont démontré que ni les expériences (injections de blanc d'œufs dans le sang) ni les faits cliniques avancés par Semmola ne prouvaient que le rein n'était pas altéré en même temps que le sang.

Il n'est pas douteux qu'un certain état de la crase sanguine agisse sur le rein, dont il cause l'altération, et que l'albuminurie s'établisse par ce fait; mais ces deux altérations sont liées pour amener la troisième.

Dans l'albuminurie physiologique, si on n'admet pas une certaine disposition du filtre rénal, quelle altération faut-il assigner au sang? Les recherches anatomiques et pathologiques d'Hortoles ⁽¹⁾ ont mis en lumière la fragilité du rempart qui contient le liquide sanguin. On a bien trouvé que l'albumine filtrée est en raison directe de la quantité de cette substance contenue dans le sang et de l'augmentation des sels qu'il contient (injections de nitrate de potasse et de chlorure de calcium, urée, etc. Hope-Seyler). Gubler avait déjà étudié depuis longtemps cette propriété de l'organisme ⁽²⁾ de rejeter hors de lui une certaine quantité

matogène de l'albuminurie. Naples, 1884. — *Arch. de Physiologie*, 1881. *Deutsche med. Woch.*, 1888.

⁽¹⁾ Thèse de Lyon, 1881, et *Archives de Physiologie*.

⁽²⁾ Art. *Albumine* du *Dict. encyclop.*

de cette substance quand elle arrive en excès dans le sang; c'est ce que Rosenbach a appelé l'*albuminurie régulatrice*.

Les recherches faites sur les *albuminuries alimentaires* et que nous avons rapportées plus haut (recherches de Parkes, Gubler, Lecorché et Talamon, Cl. Bernard, Christison), sur celles qui accompagnent certains états pathologiques qui modifient la proportion de quelques éléments du sang: les sels, l'urée, les matières extractives (dans fièvre, choléra, anoxhémie, diabète, etc.) paraissent prêter quelques arguments à cette théorie hématogène.

Mais les expériences faites avec des injections intra-veineuses d'eau pour modifier les proportions normales d'eau et d'albumine du sang ont donné un résultat tantôt négatif à celui-ci (Sosath, injection de 1 % d'eau), tantôt positif à celui-là (Lépine, 7 % d'eau). L'addition de phosphate de soude rend cette action moins nette; l'injection d'urée donne un peu de peptonurie et de globinurie (Mya et Vandoni); la sérine et la globuline passent dans l'urine à l'état de sérine et de globuline (Estelle et Faveret).

Les expériences de Stokvis et de Cetti sur l'absence de sel marin dans l'alimentation pour provoquer l'albuminurie sont restées sans résultat.

Notre ignorance de la composition exacte des diverses espèces d'albuminoïdes, de l'albuminoïde soluble du sang, rend très difficile l'appréciation de ses altérations et des rapports de ces espèces d'albuminoïdes avec celles de ce liquide. Aussi, les injections intra-veineuses d'albuminoïdes dans le sang ont donné des résultats contradictoires, acceptés par les uns, repoussés par les autres. Les injections de blanc d'œufs dans le sang, souvent tentées par Berzelius, Cl. Bernard, J.-C. Lehmann, Stokvis, Béchamp, Baltus, ont provoqué toujours l'apparition de l'albumine dans

l'urine sans hématurie et sans globinurie. Ces injections, répétées pendant un, deux mois, n'ont jamais réussi ⁽¹⁾ à provoquer une albuminurie définitive, une lésion rénale.

Par les voies digestives, le blanc d'œufs crus n'a pas donné les mêmes résultats entre les mains de tous les observateurs (Tegard, Brown-Séquard, Bareswil, Hammond, Cl. Bernard, Lehmann, Stokvis, Ferret de Noorden) ⁽²⁾. A quoi tient cette différence? A une mauvaise élaboration digestive du blanc d'œuf, à une susceptibilité rénale particulière chez les uns et pas chez les autres. La critique de ces faits est très délicate.

Les injections intra-veineuses d'albuminate de soude, de dissolution de syntonine, de fibrine (J.-C. Lehmann), de caséine, précipité du lait par l'acide acétique (Runeberg), préparation très filtrable, n'ont pas donné d'albuminurie. Béchamp, Baltus, Calmettes ont trouvé de l'albumine dans l'urine après des injections de caséine dissoute dans de la soude. Le lait provoque des embolies, la gélatine, les propeptones, les peptones sont absorbés et transformés ou rejetés en nature (Hofmeister), mais sans albuminurie.

En résumé, quelque séduisante que soit la théorie, elle reste actuellement sans preuves.

La lésion rénale est donc, jusqu'à plus ample informé, la lésion nécessaire de toute albuminurie.

Cette *lésion rénale* se montre sur le glomérule, les tubuli, le tissu conjonctif interstitiel et les vaisseaux.

La *glomérulite* (Klebs), qui est desquamative ou proliférative, représente la lésion anatomique essentielle et nécessaire de toute albuminurie; on y trouve depuis la simple tuméfaction de la cellule jusqu'à la

⁽¹⁾ Lecorché et Talamon, p. 445.

⁽²⁾ Voir Senator et notes additionnelles de Lépine au *Traité* de Bartels.

ohute et la desquamation de l'épithélium : formation de saillies, de boules en forme de massue; l'endothélium de la capsule de Bowman s'altère également.

Dans la forme proliférative, ce sont les cellules périglomérulaires qui s'irritent, prolifèrent; pour d'autres (Ribbert), ces cellules périglomérulaires à l'état normal sont problématiques; ce seraient des globules blancs.

Les lésions tubulaires se montrent dans les tubes contournés. Elles commencent à la tuméfaction, trouble qui est le début de la dégénérescence granulo-graisseuse; puis vient la dégénérescence grasseuse, les cellules tendent à se confondre, les noyaux dans ce protoplasma altéré sont disposés sans ordre; comme suite à cet état, il se fait une désintégration plus ou moins complète de la cellule, les tubes dilatés apparaissent alors tapissés par une étroite couche granuleuse semée de noyaux.

On retrouve ces lésions dans les intoxications par l'arsenic, l'antimoine, la cantharide, le phosphore, les matières extractives (créatine, créatinine, xanthine, hypoxanthine, leucine, tyrosine), les anémies pernicieuses, l'hypercalorification, etc.

D'autres altérations peuvent survenir dans les cellules, ce sont la nécrose de coagulation de Weigert (disparition du noyau ou impossibilité de le colorer avec les matières colorantes), la dégénérescence hyaline, la dégénérescence vésiculeuse de Cornil, hydro-pique de Ziegler.

Toutes ces lésions s'obtiennent expérimentalement par intoxication par le pétrole, le chrome, les acides biliaires.

On a également observé de l'albumine coagulée entre la membrane fondamentale des canalicules urinaires et l'épithélium (Posner), la perte du revêtement ciliaire de l'épithélium des canalicules contournés;

dans quelques cas, on voit survenir dans les cellules dégénérées des formations calcaires.

Quant aux lésions de la membrane propre des canalicules, elles sont inconnues ou elles se confondent avec celles des cellules. Senator n'hésite pas à croire que dans une albuminurie créée par la destruction et la dissolution des cellules épithéliales et due à ces lésions épithéliales, il pénètre dans l'urine des matières albuminoïdes, différant de l'albuminurie ordinaire du sang. Peut-être, la peptonurie et la propeptonurie est-elle en connexion avec les états de dégénérescence de l'épithélium (¹).

La plupart des auteurs penchent pour la nécessité de la participation de l'altération glomérulaire comme facteur nécessaire de l'albuminurie. C'est dans les tubes, qu'avec des globules rouges, des globules blancs, de la fibrine, de l'albumine des granulations protéiques et graisseuses, des blocs de substance transparente et réfringente, se forment les cylindres urinaires, hémorragiques, granuleux, graisseux, hyalins, colloïdes, cireux; il faut y ajouter les cylindres épithéliaux qui viennent des tubes droits et les cylindroïdes de Roviada formés de filaments arrondis, ténus, longs et de faible réfringence. Ces cylindres viennent-ils de l'albumine de la capsule ou seraient-ils formés par de l'albumine acide qui transsuderait à travers l'épithélium? La question n'est pas tranchée et ôte une partie de leur signification aux cylindres urinaires.

Les lésions des vaisseaux du rein ont acquis, dans ces dernières années, depuis surtout l'apparition du retentissant mémoire de Gull et Sutton, en 1872, sur l'artério-capillary fibrosis (²), une importance capitale que n'avaient pas eue les études de Johnson, en 1850,

(¹) Senator. *Loc. cit.*, p. 158.

(²) *Med. chirurg. Transact.*, 1872.

sur le même sujet. Bright avait signalé, le premier, l'impossibilité de faire pénétrer une injection dans les parties saillantes d'un rein granuleux. Toynbee (1846) montra l'augmentation des petites artères rénales et l'épaississement de leurs parois; Johnson (1850), l'hypertrophie de la tunique musculaire, non seulement dans le rein, mais dans tout le système artériel. Gull et Sutton, en 1872, changèrent tout cela. Les altérations vasculaires deviennent alors la cause et représentent une dégénérescence hyaline et fibreuse du système artério-capillaire dont la lésion rénale n'est qu'un cas particulier.

L'influence de ce mémoire a été telle, par la simplification qu'il apportait à la question que, depuis, athérome, artério-capillary fibrosis, endartérite chronique ont été confondus et l'affection rénale n'est devenue qu'un épisode de l'artério-sclérose. Cette façon d'interpréter les faits n'est pas exacte ni conforme à une rigoureuse observation; elle ne satisfait que les apparences.

La *dégénérescence hyaline et l'artério-fibrose* est ou non associée à l'endo-périartérite chronique qui est constante. La dégénérescence hyaline de Gull et Sutton ne peut être admise comme indépendante de cette *endo-périartérite chronique* ⁽¹⁾.

La dégénérescence athéromateuse, l'infiltration graisseuse ou calcaire des tuniques artérielles ne s'observent qu'au niveau des troncs principaux.

L'endartérite chronique, accompagnée le plus souvent de périartérite, est une lésion qu'on rencontre dans tous les organes : foie, rate, estomac, pie-mère, etc., etc. Elle est accompagnée ou non d'altération hyaline ou fibroïde des diverses tuniques de l'artériole; dans ce dernier cas, c'est l'artério-sclérose.

(1) Lecorché et Talamon, p. 383.

Donc, souvent trois ordres de lésions se montrent dans un même vaisseau : dégénérescence athéromateuse des vaisseaux moyens, endopériartérite des petits vaisseaux et endartérite fibroïde des capillaires.

La dégénérescence hyaline n'est qu'une conséquence de l'artérite chronique. Ce point, conforme à l'observation, ainsi établi, on jugera mieux les questions suivantes : 1° la lésion artérielle est-elle primitive à la lésion rénale ; 2° la lésion rénale est-elle cause de la lésion artérielle ; 3° la lésion rénale et la lésion artérielle sont-elles le résultat d'une même cause agissant sur ces deux organes à la fois ?

L'artérite se développe dans le rein comme elle se développe dans tous les organes atteints d'inflammation chronique : broncho-pneumonie, cirrhose, etc.

L'artérite chronique est concomitante ou secondaire. La concomitance est probable, mais les recherches de Charcot et de Gombaud sur les cobayes soumis à l'intoxication saturnine semblent prouver que la lésion des capillaires est tardive et secondaire.

La dégénérescence fibro-hyaline généralisée du système capillaire est le fait essentiel, fondamental ; elle peut exister dans le reste du système artériel sans atteindre le rein. Quand elle envahit les artérioles rénales, elle détermine le petit rein rouge granulé ; l'hypertrophie du cœur ; des scléroses cérébrales, pulmonaires, etc., peuvent être produites par la même altération capillaire. Le petit rein contracté n'appartiendrait donc pas à la maladie de Bright. Cette théorie de Gull et Sutton a été accueillie avec faveur en France et propagée surtout par MM. Debove, Letulle, Lancereaux, Cornil, Brault et H. Martin. Comme le disent avec raison MM. Lecorché et Talamon, elle ne tend rien moins qu'à faire de toutes les maladies chroniques de simples conséquences de l'artério-sclérose. Ce n'est pas conforme aux faits, qui

montrent qu'une artério-sclérose très prononcée peut exister sans lésion profonde du rein, et une lésion profonde du rein avec une artério-sclérose légère. La nutrition des tissus n'est pas régie uniquement par l'intégrité absolue du système circulatoire.

Par quels procédés la lésion des capillaires détermine-t-elle la lésion du parenchyme? Cornil et Brault, à propos du rein sénile, disent qu'ils l'ignorent; par la périartérite qui se propage au tissu conjonctif (Debove et Letulle); mais l'irritation du tissu conjonctif est surtout développée au voisinage des tubuli; pour H. Martin, c'est la nutrition imparfaite du tissu conjonctif par les artéριοles malades qui exciterait la *vitalité* de ce tissu; ce qui revient à dire que c'est en éteignant le feu qu'on l'allume.

Étant données ces connaissances d'anatomie pathologique histologique assez précises sur tous les éléments du rein, on leur a adapté diverses lésions macroscopiques de cet organe et on les a divisés en gros reins mous, plus ou moins bigarrés de jaune et de gris; en reins indurés, en général d'un rouge uniforme, plus ou moins diminués de volume. Il semble qu'il serait facile de rapprocher de ces lésions ces phénomènes cliniques et de créer une classification des maladies des reins satisfaisante. Il n'en est rien; jusqu'ici, ni l'histologie, ni l'anatomie pathologique, ni la clinique n'ont pu donner la solution cherchée. La raison en est dans l'analogie des lésions histologiques, dans les différentes formes des maladies des reins, dans la multiplicité des aspects macroscopiques, dans la présence de symptômes identiques dans les cas les plus variés. Il n'est pas douteux cependant qu'il y a des différences et qu'entre la néphrite qui aboutit au gros rein blanc (néphrite parenchymateuse) et au petit rouge contracté (néphrite interstitielle), on n'a pas le même tableau sous les yeux. C'était si simple,

c'était si net, cette division en néphrite parenchymateuse et néphrite interstitielle, qu'elle s'est implantée profondément et qu'il sera difficile de lui en substituer une autre. Il est beaucoup de circonstances dans lesquelles on observe des faits qui tiennent de la première et de la seconde variété, mais la qualification de *mixte* suffit à jeter un pont, à satisfaire ceux qui sont peu exigeants, sans cependant résoudre la question. Il ne s'agit pas non plus de savoir si le rein blanc est transformable en rein rouge contracté, s'il n'y a pas de variétés qui font la chaîne entre les deux? Il est certain qu'on meurt avec un rein blanc ou un rein contracté, sans qu'une forme se soit changée en l'autre forme. Ce sont des étapes diverses d'une inflammation rénale qui a évolué dans deux sens différents.

Mais quelle a été l'inflammation primitive qui a fait tantôt un rein blanc, tantôt un petit rein rouge contracté, là est la question, comme le disent avec raison MM. Lecorché et Talamon (p. 340). Il y a une phase première albuminurique qu'il est surtout important de connaître et qui va évoluer vers une forme à marche rapide généralisée ou vers une forme à marche lente, localisée ou rémittente. L'évolution de la maladie première, tout est là; d'où la variété nombreuse d'aspect que présente le rein quand, dans le cours d'une affection inflammatoire, sa marche est retardée ou accélérée. La cause de l'albuminurie imprime aussi son caractère à la néphrite : la gravidité, la syphilis, les états cachectiques influencent les produits de l'inflammation; là, il se fait une dégénérescence graisseuse; ici, granuleuse; plus loin, une dégénérescence amyloïde.

Il est avéré aujourd'hui que, même dans les formes qui débutent nettement par le glomérule et les tubuli, le *tissu conjonctif est atteint*; mais les lésions épithéliales sont toujours proportionnellement très avancées.

S'il fallait montrer l'exactitude de ce qui a été dit

plus haut sur la variété des classifications, il nous suffirait d'en citer quelques-unes : c'est Rayer ⁽¹⁾ qui admet six formes, Samuel Wilkes qui décrit cinq formes et sépare nettement le gros rein blanc du rein contracté ; on sait l'influence considérable que ces idées exercèrent en France, où elles furent soutenues par Charcot ; plus tard, Grainger Stewart décrivit : 1° la forme inflammatoire qui comprend un stade d'inflammation, de dégénérescence graisseuse et un stade d'atrophie ; 2° la forme amyloïde ou lardacée ; 3° une forme cirrhotique ou goutteuse. Plus tard, Cornil et Brault rejettent l'ancienne division de S. Wilkes et admettent des néphrites diffuses, des néphrites systématiques et des néphrites bacillaires. Lancereaux décrit : 1° des néphrites prolifératives, interstitielles se divisant en diffuse primitive, diffuse consécutive ; 2° des néphrites prolifératives circonscrites primitives, des néphrites prolifératives circonscrites secondaires ; 3° des néphrites épithéliales ; Bartels : 1° une inflammation parenchymateuse qui peut débiter d'une manière aiguë, puis passer à l'état chronique ou être chronique d'emblée ; 2° une inflammation interstitielle ou indurative du tissu cellulaire des reins, atrophie granuleuse, cirrhose ou sclérose rénale ; 3° la dégénérescence amyloïde.

Ces classifications furent singulièrement ébranlées par les recherches de Gull et de Sutton (1872), par l'étude de la glomérulite par Klebs (1870), par le mémoire de Bamberger qui montrait que le *tissu conjonctif interstitiel s'enflamme toujours avec les tubuli* et tendait à prouver l'exactitude de l'idée de Bright, par Weigert qui insiste encore plus nettement que Bamberger en faveur de l'unité du mal de Bright.

(1) *Maladies des Reins*. Paris, 1846.

Pour Weigert, l'épithélium est le premier lésé, il n'y a pas d'inflammation conjonctive primitive, il n'y a pas de différence essentielle entre le petit rein rouge et le gros rein taché de blanc; il y a identité fondamentale du processus, la diversité d'aspect tient à l'étendue ou au degré de la lésion. Ainsi, comme le disent MM. Lecorché et Talamon ⁽¹⁾, nous voilà après soixante ans revenus à la conception de Bright qui écrivait :

« Although I hazard the conjecture as to existence of these three different forms of disease, I am by no means confident of the correctness of this view. On the contrary it may be, that the first form of degeneracy to which I refer never goes much beyond the first stage and all the over cases together with the second series and third are to be considered only as modification and more or less advanced states of on the same disease. »

« L'existence de ces trois formes est une conjecture que je hasarde, mais je n'ai pas de confiance dans l'exactitude de cette vue. Le contraire peut exister, la première forme que je rapporte peut ne pas dépasser ce premier degré et tous les autres cas ensemble; ceux de la seconde série et de la troisième peuvent être regardés comme des modifications et des degrés plus ou moins avancés de la même maladie. »

C'est en conformité de ces vues, que MM. Lecorché et Talamon ont proposé d'étudier une glomérulo-néphrite généralisée caractérisée par le gros rein rouge ou bigarré, ou le gros rein blanc; une glomérulo-néphrite aiguë disséminée qui peut aboutir à la guérison ou au gros rein rouge bigarré, au gros rein blanc ou au rein rouge en voie d'atrophie; enfin la glomérulo-néphrite chronique partielle caractérisée par le petit rein rouge en voie d'atrophie, le petit rein blanc

⁽¹⁾ *Loc. cit.*, p. 310.

ou le petit rein rouge granuleux. A toutes ces formes anatomo-pathologiques s'adapterait le nom de *mal de Bright* caractérisé par trois ordres de symptômes : l'albuminurie, l'urémie et l'œdème.

Quelque rationnelle et conforme avec l'étiologie, l'expérimentation et la clinique que paraisse cette classification, elle a besoin d'être confirmée. Elle pêche peut-être par un excès de précision anatomo-pathologique, excès contre lesquels les auteurs eux-mêmes s'étaient élevés.

La conclusion qui s'impose est que notre incertitude est encore grande et que, malgré les travaux entrepris et qui marquent un réel progrès dans l'étude de ces questions, nous ignorons encore bien des choses. Aussi, nous nous associons complètement aux réflexions dont MM. Lecorché et Talamon, dans leur important ouvrage, font suivre l'étude des causes de l'albuminurie : « On peut juger maintenant combien sont variées et multiples les causes de l'albuminurie et combien par suite ce symptôme doit être commun. Dire que tout homme est, a été ou sera albuminurique à un moment de son existence, n'est que le corollaire logique de cette longue énumération de causes... En présence d'une étiologie aussi complexe, il serait parfaitement illusoire, dans l'immense majorité des cas, de vouloir rapporter à une seule influence pathologique une albuminurie chronique, beaucoup de ces influences nocives s'enchaînant et s'ajoutant les unes aux autres, d'attacher une valeur pronostique immédiate et directe à la présence de l'albumine dans l'urine. L'albuminurie indique une altération de la membrane filtrante glomérulaire; transitoire ou permanente, abondante ou minime, elle ne nous indique pas autre chose; elle ne nous apprend rien ni sur la profondeur, ni sur l'étendue, ni par conséquent sur la gravité de la lésion rénale. Pour établir notre jugement, il nous

faut recourir à d'autres éléments d'appréciation, à d'autres phénomènes généraux ou locaux surajoutés au symptôme albuminurie... C'est cet ensemble morbide qui est désigné sous le nom de *maladie de Bright* (Lecorché et Talamon. *Loc. cit.*, p. 304-305) (1).

Celle-ci est constituée par trois groupes de symptômes : l'albuminurie, l'urémie et l'œdème combinés entre eux de diverses façons, plus ou moins contemporains, mais formant un syndrome typique comme le syndrome de l'ictère grave qui appartient à toutes les affections hépatiques qui amènent la destruction des cellules de cet organe et n'est pas la caractéristique, comme on le pensait autrefois, de l'atrophie jaune aiguë du foie.

Cette revue rapide et très écourtée de nos connaissances sur l'albuminurie permet de juger à quel point la *prescription uniforme qui est faite du régime lacté dans cette affection est peu satisfaisante*. Le lait est un aliment incomplet, les transformations, la destinée des substances qui le composent nous sont mal connues, c'est néanmoins le remède qu'on n'hésite pas à prescrire, sans plus de réflexion, à un albuminurique quel qu'il soit. Celui qui oserait se dispenser de cette prescription dans un cas d'albuminurie serait traité d'imprudent. Le public lui-même, instruit par les médecins, dicte la thérapeutique à suivre. Autrefois on poussait à la saignée quand un hémorragique cérébral venait d'être frappé d'apoplexie; malheur à qui ne saignait pas, il était responsable de tous les méfaits de la lésion cérébrale; la saignée faite, la réputation et le plus souvent la conscience du médecin étaient à l'abri. Aujourd'hui, il en est de même de l'emploi du lait dans l'albuminurie.

(1) Des réflexions de même ordre ont été faites par M. le professeur Lépine à la Société de Médecine de Lyon (10 juin 1893). Il peut y avoir insuffisance rénale sans lésion des reins, par le fait de lésions épithéliales des tubuli; alors, pas d'albuminurie.

Dans la première partie de ce travail, nous avons indiqué très succinctement les phases de triomphe et de proscription par lesquelles était passé ce traitement. Actuellement, nous voudrions montrer les indications et les contre-indications du lait dans l'albuminurie, c'est une entreprise ardue et difficile qui exigerait d'innombrables documents, des examens critiques; nous voulons ici nous borner à exposer les faits acquis et montrer ceux qui sont encore à l'étude.

Dans les *néphrites aiguës*, dans les *poussées aiguës primitives ou secondaires*, quand les urines ont l'aspect et la couleur du bouillon de bœuf trouble et sale, qu'elles sont roses et sanguinolentes, contenant une abondante quantité d'albumine, comme on en voit dans les *néphrites a frigore*, dans les *néphrites infectieuses* de l'érysipèle, des exanthèmes aigus, des larges brûlures dans les *néphrites toxiques*, etc., on sait tout le parti qu'on peut tirer du repos absolu, d'une saignée générale ou d'une saignée locale et du régime lacté. Un peu de fièvre, une légère bouffissure de la face, de la lourdeur de tête, un peu de céphalée bi-temporale (deux points vers la partie moyenne des fosses temporales, un léger trouble de la vue, etc.) et bien d'autres petits signes, comme les appelle Dieulafoy, commandent l'usage du lait.

Il doit être ingéré tout d'abord à une faible dose, comme l'avait conseillé Karell (*Arch. gén. de Méd.*, 1868): un litre et demi, et progressivement il faut arriver à deux litres et plus. Ce sont là des prescriptions banales et courantes. On comprend que, dans les processus aigus, actifs comme on disait autrefois, la quantité de liquide ne doit être augmentée que lorsque l'excès de pression déterminé par quatre, cinq litres de liquide ne peut provoquer aucun effet fâcheux sur les capillaires du rein malade.

La limpidité de l'urine, son abondance, l'asthénie

cardio-vasculaire diminuée comme le prouve la diurèse, le pouls, l'auscultation du cœur dont les bruits sont plus nets, la pulsation de la pointe plus énergique donnent des renseignements qui valent ceux du sphymomètre et du sphymographe dont les inscriptions sont très contingentes.

On verra dans ces cas avec quelle rapidité le poids du corps diminue et quelle dénutrition amène ce régime. En même temps que les sels sont éliminés en assez forte proportion, l'urée augmente, le chiffre de l'albumine s'abaisse le plus souvent; il peut se maintenir au même taux ou continuer à s'élever pour s'abaisser plus tard.

1^{er} exemple : Analyse de l'urine d'un jeune homme de vingt ans atteint d'albuminurie aiguë *a frigore* (glomérulite épithéliale) :

Dates.	Urine.	Albumine.	Urée.	Chlorures.	Phosph.	Sulfates.	Acide urique.	Densité.
29 avril (lait)...	2 lit.	2960	29 gr.	3970	1935	1960	0,60	1,020
7 mai (do)...	2,500	0,60	20 »	4,30	1,90	1,45	0,35	1,014
15 mai (do)...	2,500	0,20	20,50	5,40	1,25	1,15	0,35	1,018
23 mai (pain, ris)...	?	Traces	20 »	4,80	1,58	1,45	0,35	1,013
29 mai (do)...	?	0,15	13 »	11,20	1,25	1,17	0,28	1,017
14 mai (poin. poul.)...	?	Tr. faibl.	12 »	5,70	1,25	1,17	0,25	1,014
3 juin (do)...	?	0,05	14 »	5 »	1,35	1,22	0,30	1,015

Le poids du sujet n'avait pas été pris exactement, mais son amaigrissement était notable à la vue parce que ses vêtements paraissaient ne plus être faits pour lui.

Dans ce cas, il y a rapidement diminution du chiffre de l'albumine et de l'urée et légère augmentation des chlorures. Le sujet tolérait et digérait le lait qu'il aimait beaucoup.

2^e exemple : Femme de vingt-quatre ans, en état de grossesse. Une première grossesse, dix-huit mois auparavant, avait été suivie d'accouchement prématuré d'un enfant mort; la jeune femme s'était rétablie et, quoiqu'elle fût à l'usage de la viande, l'albumine avait dis-

paru; elle tombe de nouveau enceinte et redevient albuminurique. Ces analyses ont été faites à partir du quatrième mois de la grossesse :

Dates.	Urine.	Albumine.	Urée.	Chlorur.	Phosph.	Sulfates.	Acide urique.	Densité.
2 déc. 1892 (rég. ord.)..	1 ¹ / ₅₀	0 ⁰ / ₁₄₀	19 ⁰ / ₇₅	13 ⁰ / ₈₀	2 ⁰ / ₂₄	?	0 ⁰ / ₆₈₀	?
11 janv. 93 (d°)..	1,380	Tr. sens.	19 »	5,80	2,60	?	0,504	?
15 mars (d°)..	1,500	Tr. à peine sensibles	16,75	7,60	10,700	?	0,440	?
18 avril (rég. lact)(¹)..	1,625	Tr. très sensibles	21,50	9,80	8,40	?	0,480	?
1 ^{er} mai (d°)....	1,550	0,240	25,75	10,60	3,50	?	0,630	?
9 mai (d°)....	2,400	0,320	42,60	6,40	1,323	?	0,260	?
19 mai (d°)....	»	0,420	14 »	»	1,75	?	»	?

A partir de ce moment, malgré le régime lacté absolu, la quantité d'albumine est montée progressivement à 2 grammes, à 2 gr. 80 par litre. Le poids est resté sensiblement le même. Le gonflement de la face, les douleurs de tête, le léger trouble de la vue, les bourdonnements d'oreille ont cessé, le pouls est devenu plus faible, le premier bruit cardiaque était très affaibli, un peu chevrotant. A la fin de juin, cette jeune femme a accouché d'un enfant vivant du poids de 2,500 grammes. L'accouchement n'a pas été suivi de pertes abondantes. On remarquera l'augmentation du chiffre de l'albumine, de l'urée et des chlorures surtout.

Le lait consommé par cette malade était très gras, parfaitement accepté et bien digéré.

Chez un malade cité plus haut, la perte de poids a été de 3 kilos en huit jours. Très souvent, les malades nous ont accusé des pertes de 5, 10, 15 kilos; chez un malade dont la diarrhée avait duré dix jours, la perte de poids avait été de 16 kilos au bout d'un mois.

On remarquera l'hyperchlorurie qu'a présentée l'urine de cette malade. MM. Lecorché et Talamon la

(¹) Œdème léger, céphalée.

croient fréquente, nous l'avons trouvée variable; le chiffre était tantôt faible, tantôt fort. M. Denigès, professeur agrégé de chimie à la Faculté de Médecine de Bordeaux, dont tout le monde connaît la grande compétence, nous a affirmé, en se basant sur des centaines d'analyses, que la diminution des chlorures était la règle et, qu'il s'était rarement trompé en affirmant qu'une urine soumise à son analyse provenait d'une personne pratiquant le régime lacté quand elle contenait de faibles doses de chlorures. (Comm. orale.)

Après un certain temps de régime lacté, la quantité d'urines, leur composition ont repris à peu près leur équilibre normal; le chiffre de l'urée est devenu faible, la quantité d'urine excrétée moindre, il reste encore une très légère quantité d'albumine (0,05, 0,10, 0,15 d'albumine par litre ou par vingt-quatre heures), la plupart des signes de la maladie de Bright ont disparu; faut-il continuer le lait?

Il est certainement difficile de poser une règle absolue. Cependant, si l'albuminurie persiste après un ou deux mois de traitement, faut-il s'acharner à poursuivre ce reliquat jusqu'à disparition complète? Cette conduite ne paraît pas justifiée. Dans l'état actuel de nos connaissances, rien ne permet d'espérer la guérison de la glomérulite à l'aide exclusif du régime lacté. C'est déjà beaucoup d'avoir pu circonscrire l'inflammation à l'aide de ce régime et du traitement. Nous avons vu, au bout de dix-huit mois de régime lacté rigoureux, trois sujets présenter une faible quantité d'albumine dans l'urine, contre laquelle le lait avait été impuissant. En revanche, ils éprouvaient tous les signes d'un affaiblissement profond dont nous avons indiqué les causes et la forme dans la première partie de ce mémoire.

L'observation suivante est un exemple, que nous

pourrions multiplier, des mauvais résultats d'une diète lactée trop prolongée :

M^{me} C..., quarante-deux ans, cuisinière, entrée le 13 avril 1893, salle 5. Pas d'antécédents héréditaires. A huit ans, fièvre typhoïde; à vingt-cinq ans, légers abus alcooliques; à trente-sept ans, elle se marie; à trente-huit ans, grossesse, accouchement au forceps à terme d'un enfant vivant. En juillet 1892, nouvelle grossesse; dès le début, œdème des membres inférieurs qui devient de l'anasarque, crampes et douleurs dans les jambes, cryesthésie, accès d'asthme, polyurie, polakiurie. Depuis le mois de décembre 1891, elle est mise au régime lacté absolu; elle entre à la Maternité, le régime est maintenu et on lui donne des purgatifs. Elle accouche assez rapidement d'un enfant mort. Pas d'éclampsie.

Au bout de huit jours, elle rentre chez elle, garde le lit et continue rigoureusement le régime lacté.

Elle revient, le 19 avril, salle 5. Anasarque, œdème considérable des membres inférieurs, de l'abdomen, dont les parois sont tellement œdématisées, distendues que la cicatrice ombilicale a disparu; le thorax est infiltré, la face bouffie, les conjonctives ont un gros chémosis séreux, les pommettes ont l'air d'être colorées avec du vermillon. Il y a un peu de liquide ascitique dans l'abdomen, il a été ponctionné à la Maternité. Légère eschare suppurante et fétide à l'épaule gauche, grosse eschare au sacrum (décubitus acutus). Pouls à 104, régulier; premier bruit très affaibli, deuxième bruit dédoublé. Température axillaire, 37°8.

Inappétence, soif, huit selles par vingt-quatre heures; rien au foie; urines troubles; précipité abondant d'albumine à l'albuminomètre d'Esbach, 8 grammes par litre. Gros râles crépitants à la base des deux poumons; 32 inspirations; insomnie; disparition du réflexe rotulien. On ordonne la continuation du régime lacté.

Le 22. — La diarrhée est toujours abondante, l'œdème énorme, insomnie, urines involontaires. Le régime lacté

absolu est remplacé par le régime mixte. Lait, deux litres; riz au lait, pain à discrétion, poissons, légumes en purée, fruits cuits et le traitement d'lendrassick est institué; 50 centigrammes de calomel, en trois paquets, à une heure d'intervalle pendant huit jours.

Le 25. — Moins d'insomnie, moins de diarrhée, selles et urines toujours involontaires.

Le 27. — Les urines sont un peu retenues, plus abondantes. On extrait de la vessie une urine trouble, fétide et purulente. La malade peut faire quelques mouvements dans son lit, les eschares s'améliorent.

Le 29. — Urines toujours involontaires, l'œdème a notablement disparu; les selles sont réduites à deux.

Le 1^{er} mai. — Suppression du calomel; injections sous-cutanées de 2 milligrammes de sulfate de strychnine, 40 grammes de vin de Colombo. Le ventre est complètement souple, l'œdème de la face a disparu, la malade demande à se lever.

Le 3. — Elle peut rester levée quatre heures. La miction n'est plus involontaire. Elle urine bien moins souvent, un tiers de moins, dit-elle. Ces urines sont moins fétides; elles renferment 7 grammes d'albumine par litre.

L'état a été sans cesse s'améliorant. La malade a été soumise à l'usage du perchlorure de fer, à l'intérieur, à la dose de 20 gouttes par jour. Des frictions générales avec de l'alcool de romarin et de lavande camphré. Au 20 mai, les eschares étaient guéries, l'œdème limité aux membres inférieurs. Elle se levait, marchait un peu. L'analyse des urines donnait le résultat suivant :

Densité.....	1,025
Urée.....	9 ^g 50
Chlorures.....	13,50
Phosphates.....	2,90
Sulfates.....	2,10
Albumine.....	2,00

Dépôt de phosphates d'urates, cellules épithéliales de la vessie; pas de cylindres.

Le régime est progressivement changé, on lui donne de la volaille et de la viande rôtie; le 27 mai, le dosage de l'albumine donne 1^{re} 50 par litre; la malade est très amaigrie, très épuisée; elle prend un régime très azoté, du fer, du quinquina. Dans les premiers jours du mois de juin, une nouvelle analyse donne les résultats suivants :

Urée.....	15 ^{re} 50
Acide urique.....	0,35
Chlorures.....	6,90
Phosphates	2,48
Sulfates.....	1,32
Sérine.....	2,05
Sucre, inosite.....	0,00
Urobiline.....	0,00
Sels biliaires.....	0,00
Indican.....	Augmente.

Nombreux leucocytes, cylindres hyalins, quelques hématies, fermentation ammoniacale.

Vers le 15 juillet, l'œdème reparait de nouveau et il se fait rapidement un épanchement ascitique abondant qui nécessite une ponction. Depuis, l'état de la malade s'est considérablement amélioré.

Cet exemple me paraît montrer assez nettement le mauvais effet produit par le régime lacté dans le cas où il est mal toléré et où les reins sont sérieusement altérés, comme ils le sont chez cette malade.

Un autre de nos malades, soumis au régime lacté pour une néphrite *a frigore*, subit avec assez de résignation ce traitement pendant deux mois, au bout desquels il se déclara incapable de continuer, tellement il était faible; nous insistâmes, il parut se résigner, mais trois jours après il partait pour l'Amérique. Là-bas, il se livra à des exercices violents et reprit son régime habituel; nous l'avons revu dix-huit ans après, il était robuste, vigoureux et nous assurait que l'albuminurie avait disparu depuis longtemps.

Plusieurs autres exemples de malades, soumis au régime lacté depuis douze, quinze et dix-huit mois et dont la quantité d'albumine est restée sensiblement la même, pourraient être cités à cette place.

Dans les poussées aiguës de la néphrite chronique, le régime lacté trouve sa place parce que c'est un aliment insuffisant (Bouchard), qu'il laisse reposer les reins des déchets azotés à éliminer tout en soumettant les canalicules à un lavage, à une chasse, qui rend l'activité aux épithéliums tubulaires, qui éliminent à leur tour des sels et des substances organiques. Mais, persister dans l'emploi du régime lacté dès qu'il a donné ce qu'on lui réclamait, c'est affaiblir le malade qui ne se déglobulise que trop rapidement, c'est préparer les régressions graisseuses qui vont atteindre les muscles de la vie de relation comme de la vie organique, les épithéliums glandulaires, tubulaires, etc. Cette manière de voir est exposée comme il suit par MM. Lecorché et Talamon ⁽¹⁾ : « Certains médecins conseillent de continuer la diète lactée absolue tant que les malades s'y prêtent, fût-ce pendant des mois, dans l'espérance de faire disparaître complètement l'albuminurie. Cette manière de procéder nous semble non seulement inutile, mais encore dangereuse; il faut revenir au régime mixte dès qu'on le peut. »

« ... Il ne faudrait pas croire cependant qu'on peut soumettre impunément un adulte à cette diète exclusive pendant un temps trop prolongé. L'équilibre n'est établi qu'à l'état de repos. » Senator ⁽²⁾ dit : « Mon expérience personnelle m'a démontré qu'une diète lactée exclusive et prolongée n'est praticable que rarement, et quand on parle de cures de lait continuées pendant des semaines et des mois entiers, on veut dire généralement que pendant ce laps de temps

⁽¹⁾ *Loc. cit.*, p. 638.

⁽²⁾ *Loc. cit.*, p. 240.

le lait a été la nourriture principale, mais non exclusive. »

Dans le cinquième volume du *Traité de Médecine* de Brissaud et Bouchard, qui nous est parvenu alors que nous avions déjà écrit ce qui précède, nous trouvons, page 726 : « Si le régime lacté constitue une excellente méthode thérapeutique, si le lait doit être regardé comme l'aliment par excellence dans les néphrites aiguës, il n'en a pas moins des inconvénients sérieux : il n'y a aucun avantage à en prolonger l'emploi. Ce serait même une faute de croire que ce traitement peut être indéfiniment continué. »

Nous avons essayé d'indiquer plus haut toutes les difficultés, toutes les incertitudes de la pathogénie de certaines albuminuries. Convient-il néanmoins de les traiter sans plus de soucis par le régime lacté ? Que ce régime soit utilisé quelques jours comme pierre de touche pour juger des oscillations de l'albumine, pour augmenter la diurèse. Mais après ? S'il s'agit d'une de ces albuminuries qui s'observent chez les chlorotiques, chez les sujets affaiblis, surmenés, chez des diabétiques en cours de néphrites, chez des sujets affaiblis par de graves lésions gastro-intestinales, chez des syphilitiques, des tuberculeux, nous croyons le lait dangereux. « Si, malgré l'emploi du lait pendant un mois à six semaines, dit M. Brault ⁽¹⁾, aucun changement ne s'opère, toute prolongation est inutile ; on devra revenir au régime mixte, que l'on interrompra de temps à autre par des périodes de repos où le lait constituera la base de l'alimentation. »

Quelques jours de lait, quinze jours ou trois semaines nous ont suffi pour juger du danger de ce régime dans des cas pareils : les malades s'affaiblissaient à vue d'œil. Il nous semblait assister à ces mo-

⁽¹⁾ *Traité de Médecine*, p. 730.

difications rapides qu'on observe chez les cancéreux qu'on a pris pour des syphilitiques et qu'on traite par des mercuriaux.

Quand la néphrite évolue vers le gros rein blanc et que la dégénérescence graisseuse est bien établie, la pâleur caractéristique des malades, l'anasarque, la faiblesse des battements du cœur, l'énorme quantité d'albumine contenue dans les urines, etc., sont des signes de cet état. Qu'espérer du régime lacté absolu, une diurèse qui enlèvera l'œdème, stimulera le cœur? Ne favorisera-t-on pas plutôt l'hydrémie, l'infiltration aqueuse des tissus? Les matériaux graisseux abondants du lait, mal comburés par une oxygénation insuffisante due à des globules sanguins moins nombreux et dont l'hémoglobine a diminué, ne vont-ils pas se déposer en nature dans le rein, dans le foie? Ce ne sont que des hypothèses, mais quand on voit des albuminuriques chroniques s'infiltrer, pâlir, le foie augmenter de volume, s'infiltrer de graisse, n'est-on pas tenté de croire que les choses se passent, comme dans les cas de polysarcie, par défaut d'oxygénation et excès de matières grasses?

Nous avons eu plusieurs occasions de soigner des personnes ayant plus de soixante-cinq ans et atteintes d'affection rénale chronique : le teint de cire, les conjonctives jaunes, la face abattue, les muscles infiltrés, le foie volumineux, débordant de trois travers de doigt les dernières fausses côtes, le cœur dilaté avec un premier bruit chevrotant ou dédoublé, des intermittences vraies, sans appétit, dégoûtées de vivre, qu'on traitait avec le régime lacté absolu. Soumis à des frictions sèches, du massage, des frictions avec du baume de Fioraventi additionné de teinture de scille et de digitale, des injections sous-cutanées de strychnine, de légères doses laxatives de crème de tartre et une alimentation carnée, ces moribonds étaient en

quelques jours relevés; l'œdème disparaissait, la vie revenait à la face, un peu d'appétit se montrait, le cœur se régularisait, son impulsion était plus forte.

Pourquoi ne pas se comporter comme on le fait dans le cas où le diagnostic de dégénérescence amyloïde s'impose. « Ainsi, à la période d'état de la dégénérescence amyloïde, les urines sont souvent abondantes, en même temps que notablement albumineuses; cependant presque tous les auteurs s'accordent à conseiller dans cette maladie un régime très substantiel ⁽¹⁾. »

Dans les néphrites chroniques, soit que le rein évolue vers le gros rein blanc ou le rein granuleux atrophique, le régime lacté ne trouve guère son emploi.

Dans les reins contractés, ce n'est pas la quantité des urines qui manque puisqu'elle atteint 1,800 à 2,000 grammes, mais elles sont pauvres en principes extractifs, sels, dérivés azotés. Le lait augmente la diurèse et, dans une petite mesure, l'expulsion des produits excrémentitiels du sang, mais à quel prix? Il augmente l'anémie générale, la débilitation si marquée de l'organisme, l'atonie vasculaire, l'affaiblissement marqué de toutes les fonctions organiques. Pour un léger retard apporté à l'explosion des accidents urémiques, on se trouve bientôt en face de deux dangers au lieu d'un : l'urémie et une anémie profonde. Fort heureux, si on n'a pas à ajouter à tout cela un catarrhe gastro-intestinal qu'on aura de la peine à maîtriser et qui enlèvera au médecin la ressource d'alimenter son malade pour soutenir ses forces et de lui administrer des purgatifs pour décharger le sang des principes nocifs qu'il contient. A l'observation que nous avons citée plus haut, nous ajouterons la suivante, empruntée à MM. Lecorché et Talamon, page 632 : « Un homme

⁽¹⁾ Brault. *Traité de Médecine*.

de cinquante ans, atteint depuis longtemps d'une atrophie rénale avec polyurie, albuminurie minima et hypertrophie cardiaque, fut soumis par un premier médecin à un régime lacté absolu. Au bout de huit mois de ce régime, le malade était tellement affaibli, qu'un second médecin lui conseilla des toniques, du fer et 250 grammes de viande crue par jour. Ce dernier médecin poussa la dose de viande crue jusqu'à une demi-livre par jour et détermina de gros accès d'urémie. » C'était évidemment une réaction dangereuse opposée au premier régime.

Quand la période urémique est arrivée, il ne faut user du lait qu'avec parcimonie, employer le régime lacté mixte, et encore si cet aliment est bien accepté, bien digéré. « Prescrire le lait d'une manière absolue s'il provoque des vomissements, de la diarrhée, si l'inappétence est absolue, si toute ingestion de liquide pour le malade est une fatigue, c'est pure dérision; il faut aller au plus pressé et débarrasser momentanément l'économie des produits qui l'encombrent par une sudation abondante, une purgation énergique ou mieux encore par une saignée *larga manu* (1). » Un régime mixte, composé de lait, de légumes en purée, de fruits sucrés et cuits, de poissons, de viandes bouillies, de légers diurétiques, la scille spécialement associée à la crème de tartre, nous a rendu les plus signalés services, nous a permis de retarder l'échéance des accidents urémiques et d'arriver à rendre moins longue la période agonique de cette terrible maladie (2). Nous avons eu à donner des soins à un

(1) Brault. *Loc. cit.*, p. 730.

(2) Aufrecht (de Magdebourg) prescrit le régime suivant dans la néphrite parenchymateuse aiguë : petits pains blancs beurrés, café sans lait, panades, fruits, compotes, légumes sucrés. Les malades doivent se nourrir ainsi pendant trois à quatre semaines, *alors seulement* ils peuvent prendre du lait et plus tard de la viande. (LXV. Réunion des médecins et naturalistes allemands, Nuremberg, 11 et 15 septembre 1893. Compte rendu du *Mercredi médical*, p. 495, 1893.)

diabétique, homme robuste, qui devint néphritique après quelques années de diabète. Quand nous le vîmes pour la première fois, il avait des accès de dyspnée urémique, de la polyurie (trois litres par vingt-quatre heures et 2 grammes d'albumine). Grâce à un régime mixte, à la médication que nous avons indiquée plus haut, il vécut trente mois au bout desquels il succomba après quinze jours d'accidents d'atonie cardio-vasculaire, ayant vaqué à ses occupations pendant les vingt-sept premiers mois de sa maladie. Beaucoup de médecins ont pu observer des faits semblables, soit qu'ils aient eu la main forcée par leurs malades qui avaient refusé le régime lacté, soit qu'ils aient préféré par expérience le régime mixte.

Nous avons été heureux de voir qu'à ce point de vue nos observations étaient conformes à celles de Lecorché et Talamon. « Quoi qu'il en soit, disent ces auteurs, l'éloge du lait dans les affections rénales n'est plus à faire et il serait plutôt nécessaire de réagir contre l'engouement dont il est trop souvent l'objet et de combattre la tendance qu'ont beaucoup de médecins, dès qu'ils constatent des traces d'albumine dans l'urine, à condamner le malade à la diète lactée (p. 636). » Dans l'excellent article de Brault du *Traité de Médecine*, on trouve de nombreux passages relatifs aux restrictions que comporte le régime lacté. Cette médication est trop précieuse, dans ces conditions, pour qu'on la prodigue inconsidérément dans les périodes de tolérance, au risque d'en dégoûter les malades et d'altérer les fonctions digestives. Rosenstein ⁽¹⁾ dit à ce sujet : « Le malade doit éviter tous les aliments indigestes, tels que les fruits, le lait et la bière, et se restreindre autant que possible au bouillon avec addition de substances mucilagineuses, telles que

(1) *Traité des Maladies du rein*, p. 512, 1874.

gruau ou autres matières analogues et aux viandes blanches. »

Nous avons rapporté plus haut les quelques lignes que lui consacre également Senator; dans le *Traité de Bartels* ⁽¹⁾, peu de choses. M. Bouchard le repousse s'il cause de la diarrhée comme excitant de la sécrétion biliaire, mais il le conseille comme diurétique et aliment ⁽²⁾, sans plus amples détails.

Le régime lacté mixte nous paraît devoir être, dans l'immense majorité des cas, préféré au régime lacté absolu.

Avec le régime mixte, les malades ne craignent plus de voir leurs forces disparaître comme avec le régime lacté absolu; ils se dégoutent moins vite du lait et, tout en facilitant la diurèse, ce régime ne l'exagère pas et n'augmente pas outre mesure la tension artérielle.

Le choix du lait doit être plus que jamais l'objet de la préoccupation du médecin. Ce n'est que dans des conditions exceptionnelles qu'on pourra avoir un lait de choix, c'est à dire provenant d'une vache jeune, qui n'a pas velé depuis plus de deux mois, qui reçoit une nourriture abondante et légère. C'est guidé par ces observations, que Chrestien (de Montpellier) avait songé au lait d'ânesse. Malheureusement, ce régime lacté est pour la plupart impraticable. Le lait d'ânesse est léger, agréable, d'une facile digestion, mais cet animal est susceptible; son lait se tarit si on ne fait pas teter l'ânon; il est peu abondant.

Le lait stérilisé pas plus que le lait condensé ne sont

(1) Voici le seul passage où Bartels parle du lait (*loc. cit.*, p. 289. Inflamm. parenchym. aiguë des reins) : La diète type pour ces malades serait une diète lactée exclusive. Ici, dans le nord de l'Allemagne, il est facile d'avoir du lait; ici, les soupes au lait avec du riz, du gruau d'orge sont très aimées. Il est évident que si l'état des organes digestifs et l'appétit des malades le permettent, on leur accordera une nourriture plus substantielle, des viandes légères, quelques légumes et de bonnes pâtisseries.

(2) *Leçons sur les auto-intoxications*, p. 145.

capables de vaincre le dégoût qu'éprouvent certaines personnes pour cet aliment. Ces laits ont une saveur plate et manquent de douceur. C'est dans ce but qu'on a proposé d'additionner le lait tantôt avec de l'eau de Vichy, de l'eau de Carlsbad, etc. (Lecorché et Talamon), du sel de cuisine (Pitres). Nous nous sommes bien trouvé de l'aromatiser en plongeant, pendant qu'il était en ébullition, une cuillerée à café de thé Pékao orangé ou Pékao pointes blanches pour un litre de liquide. Le lait prend un goût léger de thé qui masque sa saveur et son goût spécial. Il est facile de lui donner de la même façon le goût de la cannelle, de la vanille, du café (poudre de café torréfié dans du lait chaud), du cacao torréfié, d'oranges, etc. On peut également l'additionner d'un peu de champagne, le faire prendre comme boisson pendant le repas. Malgré tous ces artifices, le dégoût est, chez quelques malades, insurmontable ; ils ne veulent même pas prendre des plats au lait : riz au lait, soupe au lait, gâteau de semoule, de mie de pain, etc. Il faut renoncer à cet aliment, attendre que l'estomac soit mieux disposé, que la persuasion ait produit son effet.

Chez les personnes soumises au régime mixte, on joint au lait des féculents diversement arrangés, diversement accommodés ; il est presque toujours facile d'y mêler du lait sans que les malades s'en doutent, un peu de gluten, de la farine de Soya peuvent être joints aux féculents sans y introduire des principes azotés dont les déchets amènent les phénomènes toxiques que produisent les substances azotées animales.

Les végétaux frais, à la condition qu'ils ne produisent pas trop d'encombrement intestinal comme les choux, les carottes, la salade cuite ou crue, le céleri peuvent être conseillés, mais surtout quand on peut les réduire en débris impalpables comme on le fait avec l'oseille, les épinards, la chicorée. Les artichauts

bouillis, les crones sont bien tolérés. Les asperges ne sont peut-être pas sans inconvénients. J'ai remarqué à diverses reprises que, chez les sujets atteints de reins contractés, la substance odorante de l'asperge n'était pas éliminée. Dans trois cas, les urines des néphritiques nourris d'asperges bouillies étaient à peine odorantes, alors que les mêmes légumes consommés par des personnes voisines, sans lésion des reins, donnaient à leurs urines l'odeur caractéristique très intense.

Mais ces végétaux ne suffisent pas toujours à soutenir les fonctions digestives de quelques malades, il faut y introduire des peptones qui sollicitent la sécrétion du suc gastrique. Un peu de poissons bouillis assaisonnés au beurre ou à l'huile et au vinaigre, des poissons grillés sont généralement bien tolérés. On pourra de temps à autre essayer un peu de poulet et, à des intervalles éloignés, un peu de viande rouge rôtie, assez complètement rôtie pour que toute rougeur de la viande ait disparu, qu'une cuisson lente et assez complète ait fait évaporer une série de substances aromatiques et volatiles dont l'action toxique n'est pas à dédaigner. Quant aux viandes attendries ou très aromatiques comme le gibier, on s'accorde d'un commun accord à les repousser; le moins qu'elles puissent faire, c'est de produire des troubles gastro-intestinaux avec diarrhée fétide.

Les coquillages, mollusques, crustacés, qui renferment assez souvent des principes toxiques, même pour des personnes saines et douées d'un appétit excellent, doivent être également rejetés. Nous avons été frappés d'ailleurs de voir avec quelle facilité la plupart de ces substances déterminaient des diarrhées, des troubles gastro-intestinaux qui apportaient une perturbation sérieuse aux fonctions digestives, si faciles à troubler chez ces malades.

Des détails plus circonstanciés sur ce régime dépasseraient les limites de ce travail. D'ailleurs, c'est avec des observations à la main qu'il faut traiter ce sujet et montrer combien toutes ces questions sont contingentes, variables, suivant l'état de santé des sujets, suivant le milieu, les habitudes, l'état des fonctions gastro-intestinales.

Cette étude avait surtout pour but d'attirer l'attention sur les indications et les contre-indications du régime lacté dans l'albuminurie. Nous avons essayé de montrer d'abord les effets physiologiques du lait et combien est exagérée l'opinion qui regarde le lait comme un aliment complet; pour l'adulte, c'est un aliment insuffisant. Son administration dans l'albuminurie est empirique et, alors que tant de questions pathogéniques sont à résoudre dans ce difficile sujet, alors que ce symptôme répond à des conditions étiologiques si variables, personne n'hésite, même les cliniciens les plus en renom, à mettre au lait tout albuminurique.

Le régime lacté comporte un certain nombre de contre-indications dues aux troubles digestifs qu'il occasionne quelquefois, à l'atonie cardiaque, à l'anémie, à la débilitation générale qu'il détermine presque toujours. Aussi, dans les altérations dégénératives du rein ou quand cet organe est à peu près détruit, doit-il être conseillé avec la plus grande circonspection et pour peu de temps.

S'il ne diminue pas l'albumine, s'il n'augmente pas l'urée, s'il n'augmente que d'une petite quantité le poids des urines rendues, il y a lieu d'y renoncer.

Le régime lacté mixte, qui comporte un litre à un litre et demi de lait bien toléré, bien digéré, des féculents, des substances sucrées, des poissons, des viandes blanches principalement bouillies, des légumes, des boissons faiblement alcoolisées, est générale-

ment mieux accepté par les malades, soutient mieux leurs forces et permet plus facilement l'emploi des agents thérapeutiques, dont on délaisse un peu trop l'usage, le lait étant considéré comme propre à répondre à toutes les nécessités de la médication néphrétique. Cette opinion n'est pas justifiée par une rigoureuse et exacte observation.

La séance est levée.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° Lettre de M. de Coquet, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire;

2° Lettre de M. Durodié, remerciant ses collègues des témoignages de sympathie qu'ils lui ont adressés à l'occasion de la mort de son fils.

Condoléances.

M. le Secrétaire général annonce que M. le Dr André Boursier a eu la douleur de perdre sa femme, fille de M. le professeur Moussous, et enverra aux familles Boursier et Moussous l'expression des sentiments de condoléances de la Société.

La séance est levée.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° Lettres de MM. Moussous père, André Boursier et Boursier père, remerciant la Société des marques de sympathie qu'elle leur a témoignées à l'occasion de la perte qu'ils viennent d'éprouver;

2° Lettre de M. Pousson annonçant la mort de son père. M. le Secrétaire général lui transmettra les compliments de condoléance de la Société.

Accidents dus à la dent de sagesse.

M. Dunogier lit le travail suivant :

Dans le courant de l'année, notre excellent collègue M. Davezac nous communiquait une observation fort intéressante d'ulcérations récidivantes de la bouche. A cette lecture, le spécialiste se révéla et je demandai s'il n'y avait point là-dessous quelque dent de sagesse en voie d'évolution. Il n'en était rien ! Cependant, cette observation me suggéra l'idée, que je mets un peu tardivement à exécution, de vous présenter quelques-unes de ces affections récidivantes dues à l'éruption de ces dents. Pour le moment, je me bornerai à une seule, ce qui me permettra du reste de parler un peu des autres.

*Amygdalite récidivante et alternante occasionnée
par l'évolution des dents de sagesse inférieures.*

Il y a quelque temps de cela, je fus consulté par une dame pour une de ses demoiselles, âgée de vingt ans, sous-maîtresse dans une institution. Cette dame me raconta que, depuis un an, sa fille était sujette à de

violents maux de gorge, se renouvelant fréquemment, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre et l'obligeant chaque fois à garder le lit ou la chambre pendant plusieurs jours. Le médecin qui la soignait habituellement avait à plusieurs reprises « parlé de lui couper les amygdales », mais la malade s'y était absolument refusée.

M^{lle} N..., habitant la même maison que moi, je montai la voir et la trouvai couchée, la tête et le cou entourés d'ouate et de foulards.

A l'examen de la gorge, je constatai, en effet, à gauche une violente amygdalite, mais en même temps j'aperçus du même côté une dent de sagesse en voie d'évolution et encore recouverte d'un lambeau de gencive violacé, sous lequel on voyait sourdre du pus ou plutôt une espèce de sanie muco-purulente; il y avait, en outre, une inflammation très vive et très étendue des gencives avec ulcération de leur bord libre jusqu'au niveau des dents antérieures; enfin, *signe caractéristique*, l'haleine était excessivement fétide, bien plus fétide que dans une simple amygdalite.

Le diagnostic était dès lors des plus faciles; il était évident que nous avions affaire à des accidents muqueux de la dent de sagesse, ainsi que je l'avais pressenti, du reste, avant même d'avoir examiné la malade.

Comme je ne pouvais songer à l'excision de cette gencive, vu la difficulté de faire ouvrir assez largement la bouche, j'envoyai prendre de l'acide chromique, dont je chargeai un peu d'ouate enroulée autour d'une tige de bois, suivant le procédé que j'avais vu employer maintes fois par M. Magitot. Les parties enflammées, moins l'amygdale, dont je ne me préoccupai même pas, furent cautérisées aussi énergiquement que possible et, ainsi que cela se passe ordinairement, au bout de quelques minutes, la patiente ouvrait un peu plus aisément la bouche.

Je prescrivis à M^{lle} N... des gargarismes fréquents avec une solution de chlorate de potasse et d'acide thy-mique; puis, après son déjeuner, une promenade au Jardin-des-Plantes.

Bien que peu habituée à voir traiter ainsi ses maux de gorge, la malade exécuta fidèlement le programme et s'en trouva on ne peut mieux.

Le lendemain, ayant voulu faire l'excision de la gencive, la malade s'y refusa énergiquement; il me fallut donc plusieurs fois encore, jusqu'à destruction complète du capuchon, continuer les cautérisations non seulement du côté malade, mais aussi du côté opposé qui, naturellement, n'aurait pas tardé à s'enflammer de nouveau comme par le passé, la dent de sagesse droite étant, elle aussi, en grande partie recouverte.

Je restai environ une année le voisin de la famille N...; les maux de gorge ne se reproduisirent plus.

Les cas de ce genre sont fréquents et j'en pourrais rapporter de nombreux exemples; cependant, en parcourant les divers auteurs qui se sont occupés des accidents muqueux de la dent de sagesse, j'en ai trouvé un seul, reproduit un peu partout, le seul apparemment qui ait été publié jusqu'ici. Je vous demande la permission de vous le résumer en quelques mots.

Amygdalite chronique entretenue par la difficulté de la sortie d'une dent de sagesse (1).

Le Dr Fiard fut pris, pendant ses études médicales, de maux de gorge qui durèrent près de dix-huit mois. Dans l'été de 1821, il fut atteint d'une légère douleur dans la gorge. En novembre, l'amygdale droite devint le noyau d'une inflammation violente; vingt-cinq sangsues au col, des sinapismes, etc. Tous les moyens furent vainement mis en usage jusqu'au commencement de 1823. Le docteur pensait se faire exciser l'amygdale, quand il s'aperçut que la dent de sagesse inférieure gauche manquait. Cependant, en soulevant les chairs recouvrant la partie postérieure de la deuxième molaire, il y sentit un corps dur et, surmontant la douleur,

(1) Toirac. Mémoire sur les diverses espèces de déviations de la dernière molaire. (*Rev. méd.*, 1828, t. I, p. 396.)

s'assura de la présence d'une large et très grosse dent gisant profondément dans les chairs.

Il incisa largement la gencive, ce qui amena un soulagement subit; mais les deux lambeaux s'enflammèrent et végétèrent. On excisa les chairs avec d'assez grandes difficultés et il fallut faire plusieurs cautérisations avec la pierre infernale.

Ainsi, tandis que dans la première enfance on attribue à la dentition une multitude d'affections dont elle est plutôt la victime que la cause, à plus de soixante ans de distance, quand le nombre des travaux sur les accidents liés à l'évolution des dents en général et des dents de sagesse en particulier est déjà considérable, nous voyons encore ces accidents méconnus.

Un phlegmon ou même une simple tuméfaction du maxillaire font tout de suite songer à une dent, mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de simples accidents muqueux, si fréquents cependant que d'une statistique dressée par le Dr David « il résulte que, sur 100 observations prises parmi les étudiants assistant à la Clinique de Magitot, il s'en était trouvé 75 présentant ou ayant présenté des accidents au moment de la sortie des troisièmes molaires. »

Sans doute, la plupart de ces accidents sont le plus souvent sans gravité, tels une gingivite ou une stomatite simple; mais, en dehors des amygdalites, il en est d'autres qui méritent quelque attention, comme les stomatites ulcéreuses et ulcéro-membraneuses, les engorgements ganglionnaires, etc.

A propos de ces derniers, quelques-uns d'entre vous, peut-être, se rappellent les graves préoccupations dont, à une époque déjà lointaine, fut assiégé le corps du Service de Santé militaire, au sujet des cols de tuniques.

Dès 1841, Piorry avait bien signalé ces engorgements ganglionnaires au moment de l'éruption des dents de

sagesse, mais on n'y avait pris garde et c'est, je crois, le Dr Magitot qui, à la suite d'une enquête personnelle dans les casernes de Paris, lava les cols de tuniques... des graves accusations dont elles étaient l'objet..

C'est le même auteur qui établit la véritable origine et la nature des stomatites ulcéreuse et ulcéro-membraneuse des jeunes soldats, origine entrevue, du reste, dès l'année 1832, par Caffort et formulées par un médecin de la marine, le Dr Catelan, en 1877⁽¹⁾.

Je n'insiste pas davantage; ce que j'ai dit suffit pour expliquer les échecs si fréquents dans le traitement d'affections très simples en général, et aussi le succès de certains médicaments qui n'ont eu d'autre mérite que d'arriver les derniers, alors que la maladie était sur le point de disparaître toute seule, le combat finissant faute de combattants.

Avant d'aborder le traitement des accidents muqueux des dents de sagesse, il est bon d'en rappeler en quelques mots le mécanisme.

L'éruption de ces dents a lieu ordinairement de la dix-huitième à la vingt-cinquième année; cependant, elles survient souvent beaucoup plus tard; j'en ai observé plusieurs cas aux environs de la soixantaine et les auteurs en ont rapporté un nombre assez considérable. Ce sont ces cas d'apparition tardive qui ont fait croire à une troisième dentition.

Si l'éruption de la dent de sagesse supérieure, à moins de déviation trop prononcée du côté de la joue, donne rarement lieu à des accidents, il n'en est pas de même pour la dent de sagesse inférieure. Celle-ci, en effet, évolue entre la deuxième grosse molaire et la branche montante du maxillaire, c'est à dire dans un espace souvent trop étroit pour la contenir.

(1) *Archives de Médecine navale.*

Hâtons-nous de le dire cependant, ce n'est point tant ce défaut d'espace qui doit être incriminé, comme on le croit généralement, que la gencive. Celle-ci, en effet, en raison de son peu d'adhérence au périoste, au niveau de la base de l'apophyse, au lieu de se rompre, comme elle le fait en avant, se laisse soulever par la dent qu'elle recouvre à la manière d'un capuchon. C'est ce capuchon, incessamment comprimé et trituré par la dent opposée, qui va devenir le point de départ d'accidents inflammatoires plus ou moins étendus, plus ou moins graves, plus ou moins tenaces.

Si, comme cela se présente assez fréquemment, les deux dents de sagesse font leur éruption en même temps, les deux côtés pourront se prendre à la fois ou alternativement, le patient triturant d'un côté pendant qu'il laisse reposer l'autre et ainsi de suite, jusqu'à ce que la gencive, suffisamment triturée et ulcérée, ait disparu complètement, ce qui parfois pourra être fort long, comme on vient de le voir.

Le diagnostic est facile; il suffit seulement que l'attention soit portée de ce côté, et c'est là le but de ma communication; car, ainsi que le faisait remarquer récemment notre collègue M. le Dr Davezac, ce que nous disons ici a une portée plus étendue que la salle de nos séances et, si je n'apprends rien de nouveau à mes collègues, peut-être quelques-uns des praticiens qui nous lisent y trouveront-ils un enseignement.

Je viens de dire que le diagnostic était facile; il est cependant des cas, beaucoup de cas où il sera peu commode, voire même presque impossible de découvrir la dent, surtout s'il y a de la constriction des mâchoires; mais, en appliquant le doigt à son niveau, on provoquera toujours une douleur caractéristique.

Traitement. — Il est de deux sortes : préventif et curatif.

Dans le but de remédier à l'atréisie des mâchoires,

si fréquente dans nos races supérieures, le Dr Andrieu, considérant la première grosse molaire ou dent de six ans comme une dent de transition, avait proposé son extraction vers la onzième année, c'est à dire quelque temps avant l'apparition de la deuxième.

Cette opération avait un double but : 1° au point de vue esthétique, intégrité et régularité absolue de toute la partie antérieure de l'arcade dentaire; 2° suppression des accidents de dent de sagesse.

Cette pratique, adoptée par les Drs Pietkiewicz et Cruet⁽¹⁾, a dans ces derniers temps fort occupé la Société des Dentistes « de la Grande-Bretagne ».

Pour ma part, sans partager les appréhensions de quelques-uns de mes confrères d'outre-Manche, soit au point de vue de l'intégrité des arcades dentaires, que je n'ai jamais vu troublée de ce fait, soit au point de vue de la possibilité de transmission héréditaire, j'avoue que je ne saurais accepter cette méthode, malgré tout ce qu'elle peut avoir de séduisant.

Si je n'hésite pas à sacrifier ces dents quand elles sont atteintes de carie ou d'érosion et qu'on veut bien suivre mes conseils, ce qui n'arrive pas toujours, je n'oserais jamais proposer et faire pareille hécatombe pour remédier à des accidents de dent de sagesse qui ne se produiront peut-être pas ou régulariser les arcades dentaires, alors qu'on peut y arriver par des moyens moins radicaux.

Traitement curatif : Il consiste tout naturellement à supprimer la cause, je ne veux pas dire la dent (à moins cependant que les accidents n'aient été occasionnés par une déviation de celle-ci), mais la gencive.

Bien que l'acide chromique m'ait suffi dans quelques cas, je ne saurais conseiller ce moyen, efficace sans doute, mais beaucoup trop lent.

(1) *Comptes rendus de la Société de Stomatologie de Paris*, t. III p. 74 et suivantes.

Les anciens chirurgiens préconisaient le cautère actuel, que Lisfranc regardait comme une hérésie chirurgicale en raison de la douleur et des brûlures qu'on pouvait produire dans le voisinage.

De nos jours, le thermocautère de Paquelin et le galvano sont bien un peu plus faciles à manier que les vieux cautères d'autrefois; cependant, je leur préfère l'excision.

Au début de ma carrière, je la pratiquais à l'aide du bistouri et des ciseaux courbes, mais c'était fort incommodé; aussi, avais-je songé, il y a environ six ans, à faire fabriquer un instrument spécial.

M'en étant ouvert à un de mes fournisseurs, celui-ci se dirigea vers sa vitrine et m'en rapporta l'emporte-pièce que je vous présente, dont je n'ai cessé de me servir depuis lors et qui fonctionne à souhait.

Après insensibilisation de la gencive à l'aide de tampons d'ouate trempés dans une solution de cocaïne que, soit dit en passant, j'ai été le premier à employer en chirurgie dentaire ⁽¹⁾, on glisse la lame sous le capuchon aussi loin que possible; comme cette petite manœuvre ne détermine aucune douleur, lorsque cette lame est bien en place, il n'y a plus qu'à serrer.

Quelques gargarismes antiseptiques et des cautérisations d'acide chromique sur les parties voisines ulcérées ou enflammées achèvent la guérison.

Une recommandation en terminant. Plusieurs de nos collègues paraissant redouter cet agent, je dois les rassurer à cet égard; les cautérisations à l'acide chromique sont peu ou pas douloureuses, même sans anesthésie préalable, ainsi qu'ont pu s'en convaincre ceux d'entre eux auxquels j'ai eu l'occasion d'en faire, mais à la condition expresse de n'employer qu'un produit chimiquement pur.

(1) *Semaine médicale*, mars 1884.

Cet acide a, en outre, l'avantage de n'altérer en rien ni la couleur ni la composition des dents.

M. Davezac rapporte le fait d'une jeune fille atteinte à chaque époque menstruelle d'une adénite sous-maxillaire assez grave pour empêcher l'écartement des mâchoires. Ces accidents à répétition tenaient à l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse. Ils disparurent sous l'influence de quelques cautérisations faites à petits intervalles et dans lesquelles *M. Davezac* s'appliquait à détruire les capuchons muqueux qui empêchaient la dent de sortir.

M. Demons constate avec tous ses collègues que les accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse sont très nombreux et souvent très sérieux; parmi ces accidents, il en est même qui peuvent revêtir une gravité exceptionnelle et, à ce sujet, il croit devoir faire connaître à la Société la curieuse observation que voici.

Un jeune homme de vingt-six ans se présente à *M. Demons* avec une constriction très serrée des mâchoires et une tuméfaction très accusée de la région maxillaire gauche. Sous le chloroforme, on écarta les mâchoires pour atteindre la dent de sagesse; celle-ci, incluse profondément à l'origine de la branche montante, ne put être extraite qu'à l'aide d'une ouverture faite à la gouge. Les accidents, loin de s'atténuer, s'aggravèrent; il survint sous le muscle temporal un abcès profond qui, malgré un traitement approprié, ne guérit qu'au bout de plusieurs mois.

Mais la constriction des mâchoires durait toujours; la mastication était impossible; il y avait encore de la tuméfaction, particulièrement dans les saisons humides, si bien que le malade en fut réduit à passer plusieurs hivers à Cannes, ce qui compliquait vraiment beaucoup son traitement.

Cependant, il ne paraissait pas se former de nouveaux abcès et il devenait très difficile de reconnaître la cause de ce resserrement permanent.

M. Demons pensa qu'il s'agissait d'une lésion inflam-

matoire de l'apophyse coracoïde et d'un abcès intra-osseux. M. Lannelongue (de Paris), consulté par le malade, fit le même diagnostic.

En prenant toutes les précautions utiles pour ménager le nerf facial, M. Demons alla à la recherche de l'abcès. Il dut se contenter d'une étroite ouverture faite au niveau de l'angle du maxillaire pour décoller le périoste de bas en haut. Il découvrit et supprima un foyer purulent dans l'épaisseur même de l'apophyse. La guérison fut bientôt complète.

M. Vergely a observé des phénomènes graves, à forme typhoïde, chez une jeune Anglaise de douze ans, dont une deuxième molaire se développait vicieusement. Il y avait au niveau du maxillaire une énorme tuméfaction et, dans la région, une adénite très accusée. Quelques incisions sur la gencive suffirent à faire sortir la dent, mais il se forma un abcès volumineux que M. Demons, appelé en consultation, ouvrit largement. Malgré tout, deux ans après, outre de fâcheuses cicatrices, il y avait encore un peu de suppuration au niveau des trajets fistuleux.

M. Dunogier. Les deux faits de MM. Demons et Vergely sont très intéressants; les accidents signalés par M. Vergely sont particulièrement rares en dehors de l'éruption de la dent de sagesse. Mais à propos de l'éruption de cette dernière dent, on a signalé dans beaucoup de travaux des phénomènes septiques simulant la fièvre typhoïde.

M. Demons. Les accidents primitivement développés au niveau des dents peuvent prendre une extension bien plus grave encore. La carie dentaire peut entraîner de la périostite phlegmoneuse diffuse, de la phlébite des sinus et la mort. Dans un mémoire communiqué à la Société de Chirurgie, M. Demons a rapporté trois faits de ce genre : un fait personnel et deux autres appartenant à Vigla et à Guyon.

Le malade de M. Demons, dont M. Chabrely doit avoir gardé le souvenir, présentait tous les symptômes de la phlébite de la veine faciale.

M. Vergely a vu un malade ayant subi la résection de la mâchoire pour remédier à des accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse.

Accouchement dans le sommeil hypnotique.

M. Lugeol lit un travail suivant :

La femme qui fait le sujet de cette observation fut amenée le 9 août 1893 à la Maternité de Pellegrin par une sage-femme de notre ville. A sept heures du matin, celle-ci avait été appelée à cause d'une hémorragie considérable qui s'était déclarée subitement. Je reviendrai tout à l'heure sur les antécédents gravidiques de cette femme. A neuf heures du matin; l'hémorragie avait cédé à des injections chaudes; l'enfant était vivant. A onze heures et demie, elle arrivait à la Maternité; pendant le trajet en voiture, elle avait ressenti les premières douleurs.

Je pratiquai l'examen un moment après: je constatai une présentation du sommet en D. P., un enfant mort; on n'entendait plus les bruits du cœur fœtal et la femme ne ressentait plus les mouvements. Le toucher me fit trouver un col incomplètement effacé présentant une dilatation de cinq francs; mais le doigt, introduit dans l'utérus, ne me fit trouver nulle part le placenta; malgré cela, je portai le diagnostic de placenta prævia marginal, me basant sur l'état rugueux des membranes et l'hémorragie au début du travail. L'enfant étant mort, l'hémorragie arrêtée, le col souple et l'état de la mère satisfaisant, je décidai qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir.

J'avais été frappé du regard bizarre de cette femme, de son attitude; je la questionnai sur son état nerveux et dis à l'interne du service, M. Brefféil, que cette femme était hystérique et hypnotisable. Elle nous apprit qu'il suffisait pour l'endormir de la regarder fixement ou de lui comprimer les globes oculaires pendant quelques instants. Les douleurs continuèrent fréquentes et énergiques.

A trois heures, la dilatation était complète, la poche des eaux bombait fortement. Comme la parturiente se montrait tout à fait indocile et empêchait qu'on lui donnât les soins nécessaires, M. Breffeil se décida à l'endormir et, dans ce sommeil provoqué, il lui suggéra d'accoucher sans douleur et de ne se réveiller que lorsqu'on le lui commanderait.

A trois heures et demie, un flot de liquide annonça la rupture de la poche des eaux; cinq minutes après, la tête apparaissait à la vulve, coiffée des membranes. Dans la crainte que le tiraillement des membranes n'amenât un décollement prématuré du placenta, l'interne les incisa sur toute la longueur du diamètre antéro-postérieur. Quelques minutes après, la tête se dégagea en O. P.; entre le menton et le sternum se trouvait le placenta; en examinant le point de la rupture des membranes, on put reconnaître qu'il s'agissait bien d'un placenta prævia marginal.

Le pansement de l'accouchée complètement terminé, elle fut réveillée. Elle déclara n'avoir plus rien senti des douleurs de l'accouchement. Les suites de couches furent absolument normales. Le fœtus ne présentait rien d'anormal; il avait succombé par suite de l'hémorragie maternelle.

Lorsque je vis la femme X... à la visite du lendemain, elle me répéta qu'elle avait accouché absolument sans douleur.

Même lorsqu'il s'agit d'hystériques hypnotisables et ayant déjà été hypnotisées plusieurs fois, on ne réussit pas toujours à les endormir suffisamment pour qu'elles ne ressentent aucune douleur. J'en ai observé plusieurs exemples, un tout récemment, quelques jours auparavant.

C'était une jeune fille de vingt-deux ans, primipare, ayant un bassin vicié de huit centimètres et demi au D. S. dans le diamètre promonto-pubien, après déduction. Le fœtus se présentait en M. I. D. P. Le travail

durait depuis vingt-quatre heures, il y avait rigidité anatomique du col. Les injections chaudes, la belladone et le chloral ayant échoué, j'introduisis successivement un ballon de Tarnier, puis deux ballons de Barnes, enfin celui de Champetier avant d'obtenir une dilatation suffisante pour pouvoir intervenir. Pendant qu'elle avait le ballon de Champetier, nous profitâmes de ce qu'elle était facilement hypnotisable, ainsi qu'elle nous l'avait appris, pour l'endormir et lui suggérer d'arriver sans douleur à la dilatation complète. Mais elle se réveillait lorsque les contractions devenaient énergiques. Il fallut la chloroformer pour terminer l'accouchement par le forceps.

L'enfant que je réussis à extraire en M. P. ne put être ranimé, quoique le cœur battit fortement au moment de la naissance. Je dirai incidemment que, dans ce cas, le procédé de Laborde appliqué par mon interne, M. Breffeil, échoua complètement. Les suites de couches furent physiologiques.

Il y a quelques années, nous avons eu le même insuccès avec une hystérique bien connue de tous ceux qui ont fréquenté le service de M. le professeur Pitres, une nommée X... (Théophile). Il s'agissait pourtant d'un accouchement normal.

Même en laissant de côté cette particularité curieuse de son accouchement dans le sommeil hypnotique, l'histoire obstétricale de cette femme est assez intéressante.

C'est une septipare née à Saint-Médard-d'Eyrans (Gironde) et âgée de trente-trois ans.

Rien de particulier dans ses ascendants directs. Dans ses antécédents personnels, on relevait les points suivants : d'une santé délicate, elle n'a jamais eu de maladie grave. Elle a été réglée pour la première fois à quinze ans et demi et depuis toujours irrégulièrement.

Les attaques hystériques ont commencé à dix-huit ans, mais n'ont jamais été très fortes.

1^{re} grossesse en 1884, accouchement prématuré, sept mois et demi, enfant mort-né; 2^e grossesse en 1886, tri-gémellaire, trois garçons mort-nés; 3^e grossesse en 1887, accouchement à terme d'un enfant mort-né; 4^e grossesse en 1890, fille vivante; 5^e grossesse en 1891, garçon vivant; 6^e grossesse en 1892, accouchement d'un enfant mort-né; 7^e grossesse, août 1893, garçon mort-né.

La femme ne présentait aucun signe de syphilis; elle exerçait l'état de tailleuse; rien en dehors de l'hystérie n'explique ses accouchements répétés d'enfants mort-nés.

Le père est bien portant; cultivateur. Est-il syphilitique? Nous n'avons pu l'examiner. Pas de jumeaux dans sa famille directe. Mais un cousin-germain a eu deux jumeaux; sa sœur une grossesse trigémellaire. Il semble donc que, dans ce fait, c'est du côté du père que vient l'hérédité qui explique la grossesse trigémellaire observée chez notre accouchée.

M. Vergely. Il existe un nombre relativement assez grand de faits analogues à celui que nous rapporte M. Lugeol. Quelques opérations chirurgicales ont été faites pendant l'anesthésie hypnotique.

Fontan (de Marseille) et Dumontpallier ont rapporté d'assez nombreux cas d'accouchements faits pendant l'hypnose. Il existe une revue, la *Revue de l'Hypnotisme*, qui publie toutes ces observations.

M. Lugeol n'a pas voulu faire un travail complet, mais seulement appeler l'attention de ses collègues sur un fait curieux. Il rappelle que Dumontpallier, en proposant l'hypnotisme pour pallier la douleur, recommandait, comme pour un véritable entraînement, de faire antérieurement quelques séances préparatoires. C'était le cas pour sa malade, elle avait été fréquemment hypnotisée avant l'accouchement.

La séance est levée.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1893

PRÉSIDENTE DE M. CHABRELY

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° Lettre de M. Pousson, remerciant la Société des condoléances qui lui ont été adressées à l'occasion de la mort de son père;

2° Lettre de M. Issoulier, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant;

3° Hommage par M. Loumeau de la deuxième édition de son ouvrage intitulé : *Chirurgie des voies urinaires, études cliniques*.

M. le Président annonce à la Société que M. Largeau (de Niort), délégué par M. le Recteur de l'Académie de Poitiers au Congrès de l'Éducation physique, assiste à la séance et l'invite à prendre place au bureau.

Injectons interstitielles d'acide phénique dans la pustule maligne et l'anthrax.

M. Davezac. Je désirerais entretenir la Société de quelques cas où le traitement que je viens d'indiquer, et qui n'est plus nouveau, m'a paru extrêmement avantageux. Je commencerai par le fait le plus récent.

Il s'agit d'un jeune garçon auprès de qui j'ai été appelé le 20 septembre dernier. Il présentait au milieu de la région temporale gauche une lésion qui, bien que je n'en eusse jamais vu de semblable, me parut tellement caractéristique que je diagnostiquai une pustule maligne. Sa cause était inconnue. Elle datait de trois jours et mesurait presque les dimensions d'une pièce de vingt centimes. Un gonflement œdémateux considérable avait déjà envahi toute la moitié gauche de la face et la région sous-maxillaire. Les paupières étaient

obstinément fermées. Bien qu'il y eût de la fièvre, l'état général assez bon me permit de différer jusqu'au lendemain matin le traitement interstitiel que je me proposais d'employer et pour lequel à ce moment je n'étais pas outillé. Je prescrivis des cataplasmes de farine de graines de lin faits à l'eau phéniquée et arrosés de liqueur de Van Swieten.

Le lendemain, l'enfant était soulagé tant soit peu; mais le gonflement périphérique avait gagné la région cervicale et le cuir chevelu, en même temps que la base d'induration de la pustule avait elle-même augmenté. Alors, j'injectai aux limites de celle-ci et aux extrémités des deux diamètres vertical et horizontal une seringue de Pravaz contenant une solution d'acide phénique à 1,50 %. Mêmes applications externes; à l'intérieur, traitement tonique et calmant.

Le résultat fut bon, car dès le matin suivant (22 septembre), l'enfant pouvait ouvrir l'œil gauche, la fièvre était presque tombée et je ne fus pas obligé de recommencer mes injections.

Les jours suivants furent employés à surveiller le travail d'élimination de l'eschare qui ne laissa pas d'être long. Aujourd'hui, la cicatrisation est terminée.

J'étais encouragé à agir ainsi par le bienfait remarquable, selon moi, que j'avais précédemment retiré de ces injections, mais au titre plus fort de 5 %, dans le traitement de l'anthrax. Vous savez, en effet, que cette méthode est préconisée à Bordeaux par nos collègues Arnozan, André Boursier et Lande, qui en ont publié, je crois, d'importantes observations.

Les cas que j'ai moi-même observés sont au nombre de trois, dont deux se rapportent à des anthrax extrêmement sérieux, survenus chez des diabétiques, avec cette circonstance curieuse, mais connue, que le sucre disparut pour un temps dans l'urine des malades après leur guérison. Je combattais pas à pas avec les injections les progrès de l'induration inflammatoire et peu à peu celle-ci finissait par s'arrêter. L'un de ces malades, chez qui j'avais commencé le traitement, a été suivi de

la même façon par MM. Lande et André Boursier, médecins traitants.

Il faut, pour les pratiquer comme il convient, une véritable détermination, car le tissu de l'anthrax est tellement ligneux qu'on craint d'y briser l'aiguille. De plus, elles sont très douloureuses; il faut du courage pour les supporter, car il est souvent nécessaire, surtout au début, d'en faire un certain nombre par séance. De tout cela, il est bon d'être prévenu.

Jamais je n'ai observé d'accident local ni d'intoxication qui puissent leur être attribués, ayant soin, bien entendu, de n'oublier aucune précaution antiseptique.

Étant donné qu'il n'existe pas de l'anthrax un traitement qui rallie actuellement tous les suffrages, j'ai cru utile de rappeler les résultats irréprochables de celui qui a été conseillé par nos collègues et qui m'a donné à moi-même des succès que je considère comme on ne peut plus encourageants.

M. Troquart. Je retiendrai seulement des observations présentées par M. Davezac ce qui est relatif à la pustule maligne et je dirai à notre collègue que cette pustule maligne devait être bien peu maligne puisqu'elle a guéri à peu près toute seule. M. Davezac, en effet, n'a pas touché à la pustule. Il n'a fait qu'injecter de l'acide phénique à la périphérie de la lésion, tandis que d'ordinaire il faut agir sur le centre, sur l'eschare même de la pustule. Dernièrement, en présence d'une pustule maligne, j'avais commencé le traitement par des injections phéniquées dans la zone œdémateuse. Puis, je dus agir avec le thermocautère sur la pustule, enfin je fus obligé d'employer le sublimé qui intéressa profondément les tissus atteints. Comme conclusion, je dirai qu'au début de la pustule maligne il serait dangereux de rester dans l'expectative, et qu'au contraire il faut agir énergiquement. Les injections phéniquées sont insuffisantes ou ne suffisent que dans les pustules malignes anodines qui ne sont pas des pustules malignes.

M. Demons. Je ne veux pas discuter la valeur des injections phéniquées vantées par M. Davezac, mais je

tiens à ce que notre collègue précise un peu plus qu'il ne l'a fait les caractères cliniques de la pustule maligne qu'il a soignée et dont il n'avait jamais encore, vient-il de nous dire, observé d'exemples. Cela ne manque pas d'importance, car le diagnostic de l'affection est parfois malaisé. Dernièrement, je vis un paysan qui avait été piqué au niveau de l'avant-bras pendant qu'il dormait au milieu d'une prairie. Un œdème énorme se produisit rapidement dans tout le membre, de la main à l'aisselle, avec une douleur très vive qui décida le malade à entrer à l'hôpital. Soumis à l'examen de la Société d'Anatomie, il fit l'objet d'une discussion intéressante. Présentait-il une vulgaire piqûre d'insecte ou bien une pustule maligne? La pustule maligne à laquelle me faisaient songer le gonflement rapide et l'excessive douleur du membre, fut écartée par plusieurs collègues objectant qu'il n'y avait ici aucun des signes locaux pathognomoniques de la pustule maligne. Cette dernière opinion était conforme à la vérité, ainsi que le démontra l'examen bactériologique qui fut absolument négatif. Eh bien! chez ce malade, des injections de sublimé furent pratiquées et suivies de guérison. Ces injections ne sauraient toutefois prétendre avoir, dans ce cas, guéri une pustule maligne qui n'existait pas.

M. Davezac. Voici les caractères qui m'ont permis de porter le diagnostic incontestable de pustule maligne. L'affection datait de trois jours environ et se présentait sous l'aspect d'une eschare noire, sèche, arrondie, mesurant à peu près les dimensions d'une pièce de vingt centimes. Elle était entourée d'un anneau de vésicules; le tout reposant sur une base œdémateuse très étendue. C'était la reproduction typique des figures classiques que nous avons tous vues dans nos auteurs. L'embarras du diagnostic ne venait pas de l'aspect, mais de l'étendue de cette pustule maligne qui dépassait notablement les dimensions ordinairement attribuées à la pustule maligne. Malgré l'œdème énorme qui accompagnait l'affection, l'état général restait excellent. De cet ensemble symptomatique ressort avec la plus grande évi-

dence le diagnostic de pustule maligne. C'est donc bien une pustule maligne qu'ont guérie mes injections interstitielles d'acide phénique associées aux cataplasmes antiseptiques dont j'ai parlé tout à l'heure.

Peut-être qu'arrivé dès le jour même de l'apparition de la pustule, j'aurais mis du sublimé. Qu'eût fait le sublimé? Il eût agrandi l'eschare, mais aurait-il mieux et plus vite guéri le malade?

M. Troquart. C'est précisément au moment où est arrivé M. Davezac que, sûr du diagnostic, le chirurgien doit intervenir énergiquement en fendant l'eschare et en faisant pénétrer profondément le sublimé. Dans l'incertitude où l'on est de savoir le degré de malignité que pourra revêtir la maladie, il est beaucoup plus sage d'agir ainsi dans tous les cas.

M. Courtin. M. Davezac nous a dit que, chez son malade, l'état général était resté excellent. Dans ce cas, il faut tenir compte surtout de la lésion locale. Celle-ci pourtant peut avoir été défigurée par les topiques de toute sorte, irritants ou autres, appliqués à sa surface avant l'arrivée du médecin. Dernièrement, j'étais appelé auprès d'un enfant qu'un insecte avait piqué le matin à la face. Un petit point rouge existait sur la joue au milieu d'un œdème énorme de la région. Je voyais le malade le soir même. En présence du bon état général, je portai un pronostic favorable et prescrivis des applications émollientes qui amenèrent une prompte guérison. Deux jours après, une dame de ma clientèle fut piquée, dans sa cave, au niveau de l'épitrachlée. Un gonflement considérable envahit rapidement l'avant-bras et le bras. J'arrivai le lendemain et ne constatai ni fièvre ni le moindre retentissement sur la santé générale. Les compresses chaudes furent ici encore prescrites et, comme chez le malade précédent, furent très simplement suivies de guérison. Je demanderai à M. Davezac si, chez son client, le mal n'avait pas été augmenté et défiguré par des traitements locaux antérieurs. Pour moi, en pareille occurrence, j'attache une grande importance à l'état général.

M. Demons. Notre collègue M. Courtin me semble avoir oublié qu'au début la pustule maligne est une affection purement locale. C'est à ce moment que la chirurgie, par une intervention active, peut arriver à la guérir. C'est seulement au bout de quelques jours que l'infection se généralise et rend alors impuissants tous les efforts thérapeutiques. La pustule maligne n'est pas très rare à Bordeaux. Mais ici nous l'observons dans des conditions bien différentes de celles où la rencontrent nos collègues de la Beauce. Presque toujours il s'agit d'ouvriers travaillant aux peaux d'animaux apportées de La Plata.

M. Davezac. J'accorde facilement à M. Troquart que les caustiques locaux sont indiqués dans le traitement de la pustule maligne et je n'ai nullement la prétention de les détrôner. Mais je persiste à croire qu'en face d'une lésion peu sérieuse et d'accidents peu menaçants, un traitement modéré peut parfaitement suffire. Ainsi, dans le cas que j'ai rapporté, les injections phéniquées m'ont paru suffisantes (et en cela je ne me suis pas trompé, puisque mon malade a guéri vite et bien), tandis que les cautérisations au sublimé eussent été parfaitement superflues. Les injections phéniquées me semblent agir à la périphérie de la pustule maligne en empêchant le microbe de pulluler, de diffuser à distance et en le tuant sur place. De même pour l'anthrax. Si, après la guérison de ce dernier, de petites vésicules apparaissent dans le voisinage, comme cela souvent arrive, en les piquant avec la seringue chargée d'une solution phéniquée à 5 %, on voit ces vésicules avorter et disparaître.

M. Dudon. J'estime, comme M. Courtin, que la morphologie de la pustule maligne ne répond pas toujours au tableau classique figuré dans tous les livres. Écorchures, topiques anodins ou cautérisations ont pu considérablement modifier son aspect. L'on se trouve alors en face d'un point de sphacèle surplombant un tissu très enflammé. Si l'affection est primitivement localisée, elle ne tarde pas à retentir sur le reste de l'organisme

et, au bout de quarante-huit heures en moyenne, éclatent les accidents infectieux dont parlait M. Courtin. Le diagnostic doit être fait de suite et un traitement puissant mis en œuvre sans retard. Incision cruciale de l'eschare, cautérisation au sublimé que l'on fait pénétrer dans les sillons ainsi creusés; telle me semble la méthode la plus sûre. Sans doute, les injections interstitielles d'acide phénique pratiquées à la périphérie de la pustule peuvent faire très bien, mais je ne les crois pas capables, à elles seules, de guérir la pustule maligne et d'empêcher l'infection générale de se produire. Si ce mode de traitement peut suffire lorsqu'il s'agit d'un anthrax, il ne me semble pas de force à lutter contre la pustule maligne. Je fais, en effet, entre le microbe de la pustule maligne et celui de l'anthrax, une grande différence. L'un est une couleuvre, l'autre une vipère. La différence qui existe dans la malignité implique une différence parallèle dans l'intensité du traitement appliqué. Réservez à l'anthrax les injections phéniquées, mais contre la pustule maligne dirigez l'action autrement efficace que j'ai rappelée plus haut.

M. Georges Martin. Le diagnostic de la pustule maligne peut être indécis au début de l'affection et le chirurgien peut se trouver fort perplexe lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une pustule maligne de la paupière aux caractères morphologiques indécis ou défigurés. Que faire? Agir quand même par une cautérisation profonde? Si cela peut n'avoir pas grande importance dans une autre région, il en est tout autrement pour la paupière, organe délicat dont la destruction par les caustiques entraînera plus tard une difformité trop souvent difficile à réparer. N'est-il point possible aux recherches bactériologiques d'éclairer de suite le diagnostic clinique hésitant?

M. W. Dubreuilh. Certainement la bactériologie peut aider à la clinique, mais par des moyens qui n'ont pas tous une égale valeur ni une rapidité d'action identique.

La recherche de la bactériémie charbonneuse peut se

faire par l'examen microscopique, par la culture ou par l'inoculation.

L'examen microscopique du liquide clair des vésicules peut y faire trouver des bacilles et les résultats en sont immédiats. Mais ces bacilles sont rares, ils peuvent échapper à un examen même minutieux, de sorte que si un examen positif est probant, un examen négatif ne l'est pas.

La culture peut donner des résultats appréciables en douze heures; mais il faut pour cela que la matièreensemencée ne soit pas trop impure et que la culture ne soit pas envahie par des microbes étrangers. Elle exige, de plus, un matériel de laboratoire.

L'inoculation de la sérosité des vésicules en aussi grande quantité que possible à un rongeur quelconque, donne les résultats les plus certains. Si peu de bacilles qu'il y ait dans le liquide inoculé, il y en aura toujours assez pour infecter l'animal, chez qui l'autopsie, surtout aidée de l'examen microscopique du sang, fournira des données certaines. De plus, le matériel le plus simple, un tube de verre effilé, une seringue de Pravaz suffisent pour faire l'inoculation. Mais cette méthode est plus longue. La souris meurt du charbon en vingt-quatre heures, le cobaye en trente-six heures. Ces délais sont quelquefois trop longs pour la pratique; mais il est toujours prudent, pour peu qu'on ait des doutes, de faire l'inoculation, quitte à ne pas en attendre les résultats pour intervenir énergiquement si l'état du malade l'exige.

M. Dudon. En présence d'une pustule maligne à diagnostic douteux siégeant à la paupière, voici, je crois, la marche à suivre : si les accidents généraux sont nuls, comme chez le malade de M. Davezac, il est indiqué de pratiquer les injections interstitielles d'acide phénique. Aux cas menaçants seront réservés l'incision de l'eschare au bistouri et la cautérisation au sublimé. Peu importe la délicatesse de l'organe que peut compromettre une action chirurgicale violente. Il faut avant tout sauver la vie de l'individu, quitte à lui refaire

plus tard une paupière. D'après M. W. Dubreuilh, les épreuves bactériologiques demandent un ou plusieurs jours avant de se prononcer. Pendant ce laps de temps, le patient aura le loisir de succomber si l'on attend la réponse de l'enquête expérimentale. Je me rappelle, à ce propos, le cas d'une femme admise, il y a quelques années, à l'hôpital Saint-André pour une pustule maligne de la main. Le premier interne, à sa contre-visite du soir, crut avoir affaire à un furoncle et ne fit pas grand cas de la malade. Le lendemain matin, celle-ci succombait au moment où le chef de service entrait dans la salle. Évidemment, un diagnostic exact et une intervention chirurgicale immédiate eussent permis de prévenir le dénouement fatal.

M. Lugeol. J'estime aussi qu'il vaut mieux, dans le doute, agir trop énergiquement que s'exposer à agir trop tard en attendant la réponse des cobayes soumis aux expérimentations dont nous parlait M. W. Dubreuilh. Je fus piqué l'année dernière au pouce par une mouche. Ceci avait lieu le matin. Je suçai immédiatement et fit saigner abondamment la piqûre. Dans la nuit, je fus pris de fièvre, d'une sensation de brûlure au niveau du point piqué, où je constatai une tache noire, lenticulaire, entourée d'une couronne de petites vésicules. Je m'habillai à la hâte et rentrai de la campagne à Bordeaux, où j'arrivai vers deux heures du matin. Notre collègue, M. André Boursier, me cautérisa profondément au thermocautère et me fit une injection interstitielle d'acide phénique à 5 %. Le lendemain, la fièvre persistait. De nouvelles injections furent pratiquées de la même manière à sept heures du matin, à midi, à quatre heures du soir. Malgré le traitement, l'œdème du membre était tel, qu'il ne m'était pas possible de l'introduire dans la poissonnière où l'on avait préparé un bain antiseptique. Le soir, la fièvre tombait et, huit jours après, la guérison était complète. En pareil cas, je fis évidemment mieux de m'adresser au chirurgien qu'au laboratoire de pathologie expérimentale.

M. W. Dubreuilh. A coup sûr, dans un cas foudroyant

comme celui de M. Lugeol ou de la malade citée par M. Dudon, l'épreuve bactériologique s'exposerait fort à donner des résultats trop tardifs. Mais, dans les cas hésitants et douteux, l'inoculation au cobaye peut rendre d'incontestables services et renseigner dans les vingt-quatre heures.

M. Dudon. M. Davezac a été frappé du gonflement énorme de la région temporale déterminé par la pustule de son malade. Mais les simples furoncles produisent en cette région un œdème volumineux et étendu, et en cela sont susceptibles de faire croire à une pustule maligne.

M. Davezac. Je dirai à M. Courtin, qui me demandait il y a un instant si l'affection de mon malade n'avait pas été modifiée dans sa forme primitive par les traitements antérieurs, que l'on avait seulement appliqué ici les topiques de l'ignorance sans se livrer à la moindre cautérisation. De sorte que le diagnostic était patent : c'était bien une pustule maligne. Quant au gonflement de la région temporale, il dépassait de beaucoup les dimensions pourtant bien excessives que revêt celui de la parotidite phlegmoneuse. Pour ce qui est de la pustule maligne de la paupière dont a parlé M. Georges Martin, je dirai à notre collègue qu'en pareil cas je n'hésiterais nullement à recourir aux injections phéniquées qui ont fait l'objet de ma communication.

La séance est levée.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Prima mensis.

Les maladies le plus fréquemment observées dans le mois d'octobre sont : les angines, les troubles gastro-intestinaux, la fièvre typhoïde, le rhumatisme, l'érysipèle, des panaris, des phlegmons.

Étiologie et prophylaxie de la myopie scolaire.

M. Georges Martin lit le travail suivant :

On ne naît pas myope, on le devient. L'œil du tout jeune enfant est sensiblement sphérique; c'est tout à fait exceptionnellement qu'il présente la forme ovoïde à grand axe antéro-postérieur caractéristique de la myopie.

C'est là un point mis en lumière par de très nombreux observateurs et qu'il convient de rappeler dès les premières lignes de ce travail. Du temps où l'on croyait que la myopie était un mal congénital, il fallait se croiser les bras et supporter avec résignation l'épreuve infligée. De nos jours, une telle attitude serait coupable; on doit faire en sorte de se préserver des maux évitables, surtout quand leur parfaite bénignité n'est pas notoirement établie et que, au contraire, les méfaits par eux commis ne se comptent plus.

Les divers cas de myopie peuvent être classés en deux grandes catégories :

1° Ceux qui débent pendant les premières années de la vie;

2° Ceux qui surviennent à partir de sept à huit ans, au moment où les enfants commencent à se livrer à quelques études un peu sérieuses.

Les cas de la première catégorie présentent plus de gravité et atteignent rapidement des degrés plus élevés. Ce sont ceux qui ont fait croire que la myopie était un mal congénital. Leur étiologie est peu connue; on suppose, prenant l'effet pour la cause, qu'ils sont

sous la dépendance d'une scléro-choroïdite. Les ophtalmies concomitantes pourraient fort bien constituer, chez les prédisposés, la cause occasionnelle de la myopie. Tantôt on note l'ophtalmie des nouveau-nés, tantôt la kérato-conjonctivite persistante ou récidivante, ou encore un traumatisme du globe oculaire ou d'une région voisine.

Les myopies scolaires sont les plus fréquentes; leur nombre ne fait que s'accroître depuis que l'instruction est devenue obligatoire et qu'un plus grand nombre de jeunes gens suivent les classes de nos établissements d'instruction secondaire. Ce travail sera limité à l'étude causale et prophylactique de cette dernière catégorie de myopie.

Les premiers cas de myopie scolaire se développent, comme je viens de le dire, vers l'âge de 7 à 8 ans. C'est de 8 à 12 ans que se manifeste la majeure partie des cas. A partir de 12 ans, ils deviennent beaucoup moins fréquents; on peut dire, d'une façon générale, que la myopie naît rarement après 15 ans, très rarement après 20 ans et jamais après 25 ans.

Il résulte de très nombreux examens, pratiqués dans les divers pays civilisés sur les yeux de jeunes gens fréquentant les maisons d'instruction de tous les degrés, que le travail scolaire est une des causes des myopies qui surviennent pendant la période des études.

Les faits qui ont le plus contribué à montrer l'influence délétère du travail scolaire sur la portée de la vue sont les suivants :

1° La fréquence de la myopie est en rapport direct avec les exigences des établissements d'instruction; elle croît d'une manière constante des écoles élémentaires aux écoles secondaires et de celles-ci aux écoles supérieures;

2° Le nombre des myopes augmente dans chaque établissement de classe en classe;

3° On rencontre des myopies plus fortes dans les degrés supérieurs de l'enseignement que dans les classes et écoles inférieures.

La fréquence de la myopie est en raison directe du nombre d'heures consacrées au travail scolaire. Les chiffres d'Erismann le prouvent nettement :

HEURES DE TRAVAIL	POURCENTAGE MYOPIQUE
2	17,7 %
4	29,0 %
6	40,1 %
Au delà	40,8 %

Le tableau suivant est non moins significatif. On y voit figurer, d'une part, les nombres d'heures que les jeunes gens de 10 à 18 ans de trois grandes nations consacrent à l'étude, et, d'autre part, les moyennes des pourcentages de myopie relevés dans les établissements d'instruction secondaire de ces mêmes nations.

	HEURES DE TRAVAIL	POURCENTAGE MYOPIQUE
Allemagne	20,000	35 %
France	19,000	24 %
Angleterre	18,500	20 %

Dès le principe, les hygiénistes pensèrent que le mal résulte de la contention prolongée des yeux sur les divers objets rapprochés et de petites dimensions qui se trouvent du matin au soir entre les mains des écoliers. Livres et cahiers furent donc justement considérés comme les artisans inconscients de la déformation myopique.

On ne tarda pas à faire fausse route en voulant étudier de plus près le problème et chercher par quel mécanisme le travail sur des objets voisins conduit à cette déformation. Les théories qui se présentèrent à

l'esprit parurent très logiques : on les accepta avec empressement. Mais, comme elles étaient en partie inexactes, elles conduisirent à des conceptions causales erronées et à des applications pratiques qui restèrent sans efficacité.

Voici, en quelques mots, le raisonnement que l'on fit : Lorsque les yeux convergent vers un objet rapproché, ils sont tout d'abord tiraillés et comprimés par leurs muscles moteurs ; de plus, leurs muscles ciliaires sont le siège de fortes contractions qui viennent associer leurs effets à ceux des muscles moteurs pour produire la déformation myopique.

Ce premier raisonnement devait fatalement engendrer le suivant : Comme les contractions musculaires sont d'autant plus prononcées et, par conséquent, d'autant plus déformantes que l'objet est plus rapproché, il convient pour éviter la myopie d'éloigner le plus possible des yeux les livres et les cahiers.

Alors, sans tarder, on enseigna, avec grande raison d'ailleurs, aux élèves à se tenir distants de l'objet du travail. Et, pour leur faciliter dans toutes circonstances la mise à exécution de cette prescription, on demanda aux architectes beaucoup de lumière, aux administrateurs des bancs appropriés à la taille des enfants, aux éditeurs des livres imprimés en caractères plus gros.

Tout cela était parfait ; mais on ne tarda pas à s'écarter de la saine logique en disant que les épidémies de myopie qui sévissaient dans les écoles dépendaient des conditions défectueuses d'éclairage, d'aménagement et de typographie.

Il est hors de doute que chacune de ces conditions, par le seul fait qu'elle conduit au rapprochement, est parfois une cause de myopie. Mais, avant de les considérer comme les *facteurs généraux* de cette maladie, il aurait été important d'établir par des faits scientifi-

quement observés que, dans une classe, les sujets, mal placés au point de vue de la lumière et des bancs ou ceux qui utilisaient des éditions trop fines, étaient les victimes choisies par la myopie. Il aurait été également utile de faire la contre-épreuve et de montrer que les écoles bien éclairées étaient indemnes, ou à peu près, de myopie.

On négligea de se livrer à ces enquêtes qui auraient dû précéder tout raisonnement et surtout tout acte administratif.

Une telle manière de procéder devait fatalement conduire à des insuccès. Malgré l'arrivée de flots de lumière, les enfants continuèrent à se rapprocher. Ils se rapprochèrent comme par le passé, parce que la cause de leur mauvaise tenue ne dépendait pas des installations qu'on avait cru devoir faire disparaître, mais d'une disposition particulière des sujets. Comme nous le verrons plus loin, chez certains, lors du travail d'application, même dans de bonnes conditions, une crampe ciliaire s'empare des yeux et cette crampe augmente à mesure que l'acte visuel se prolonge ou s'exerce sur des objets plus voisins. C'est la venue de ce spasme qui est le motif de la très grande majorité des rapprochements et des myopies consécutives. Ce spasme survient, bien moins par le fait des conditions défectueuses dans lesquelles s'exécute le travail, que par celui du travail en lui-même et de sa trop longue durée.

Si les causes invoquées avaient été réelles, les modifications apportées dans les écoles auraient déjà donné des résultats évidents. L'expérience remonte à assez longtemps pour permettre de se prononcer; en effet, un très grand nombre d'améliorations datent de dix, quinze et même vingt ans. Or, si nous jetons les yeux sur les statistiques, que voyons-nous? De fort minimes changements, sinon le *statu quo*. Certains estiment même que la situation aurait plutôt empiré, idée qui

s'expliquerait peut-être par ce fait, que les précautions prises en pure perte ont détourné de pratiques plus ou moins avantageuses.

Je ne citerai que deux faits relatifs à la France, prouvant le peu d'influence qu'ont eu les nouvelles constructions sur le chiffre des myopes.

Nicati a trouvé la proportion relativement élevée de 22,3 % de myopes parmi les élèves du petit Lycée de Marseille, établissement bien construit et bien éclairé. De son côté, Despagnet a rencontré au Collège Rollin, à Paris, 35,5 % de myopes, tandis que la moyenne générale de nos grands lycées est de 24,2 %. Or, le collège en question est établi dans une construction récente où la plus grande somme d'améliorations a été apportée.

C'est avec raison que Forster, en 1885, pensait que les mauvaises conditions hygiéniques de l'école ne sont que des causes adjuvantes de la progression de la myopie. « Ce qui le prouve, dit cet auteur, c'est que, depuis dix ans qu'on a corrigé ces défauts, la proportion des myopes n'a fait qu'augmenter. »

On a souvent critiqué l'édification de nos palais scolaires, pour me servir d'une expression fort à la mode. Je ne saurais m'associer à ces critiques. Si ces constructions n'ont pas eu, au point de vue myopique, l'influence sur laquelle on comptait, elles ont eu l'énorme avantage d'introduire de l'air et de la lumière dans les classes; l'hygiène oculaire et l'hygiène générale n'ont qu'à se féliciter des modifications apportées dans les locaux scolaires.

Il y a quelques années, après avoir constaté l'inefficacité des nouvelles installations, j'eus l'idée d'accuser les malformations astigmatiques des yeux d'être une cause importante de myopie. Je ne rappellerai pas ici les raisons qui me portèrent à soutenir cette étiologie. Qu'il me suffise de dire que je crois encore à l'in-

fluence de cette cause et que, si je ne l'admets pas comme capitale, je la range en tête des causes secondaires.

Il y aurait, selon moi, deux facteurs principaux : l'un serait constitué, ainsi que les faits plus haut signalés le montrent, par la contention prolongée des yeux sur des objets rapprochés; l'autre résulterait de l'insuffisance des exercices physiques à laquelle se trouve condamnée la majeure partie de nos écoliers.

Ces deux causes sont sensiblement connexes; l'attention jusqu'ici n'a été attirée que sur la première. Il était fort naturel d'accuser, tout d'abord, le travail oculaire. Cela est si vrai, que la majeure partie de ceux auxquels j'ai communiqué mes idées m'ont demandé comment le second facteur pouvait intervenir dans la genèse de la myopie, tandis qu'ils saisissaient d'emblée le mode d'action du premier. On comprend aisément qu'un acte ait des conséquences; on entrevoit moins facilement comment l'absence d'un phénomène peut agir. Quelques mots suffiront pour montrer les liens de causalité qui unissent l'insuffisance des exercices physiques à la myopie scolaire; mais, auparavant, il nous faut faire connaître les faits qui plaident en faveur de cette étiologie.

Ces faits, je dois le faire remarquer, ont d'autant plus de valeur qu'ils ont été observés et publiés par divers auteurs poursuivant des buts bien différents et tout à fait autres que celui que je vise en ce moment.

Il y a une vingtaine d'années, j'ai lu quelque part que l'équitation est un excellent moyen à opposer au développement de la myopie. Ce conseil, accompagné d'aucun fait de nature à en montrer l'importance et donné par un médecin non spécialiste, fixa mon attention uniquement par son étrangeté. Aujourd'hui, je suis obligé de lui reconnaître une réelle valeur.

Arlt conseillait aux élèves de faire des voyages à

piéd pendant les vacances; il en avait fait et, au retour, il trouvait une diminution de myopie.

Il n'est pas rare de voir, dans les troupes, la vue de conscrits myopes se fortifier au point de cesser d'être courte.

La myopie, d'après toutes les statistiques, serait plus fréquente dans les collèges et lycées, parmi les internes que chez les externes. Erismann a trouvé, en Russie, chez les élèves internes 42 % de myopes, chez les externes 25 %; Dor, à Lyon, en a noté chez les premiers 33 % et chez les seconds 18 %. Certains auteurs estiment que les externes ont plus d'air, plus de mouvements, font plus d'exercices que les internes; c'est pour ces motifs qu'ils seraient moins souvent myopes.

Après avoir rappelé ces faits, ces conseils et ces manières de voir, j'arrive aux véritables preuves. Elles sont au nombre de six.

1° Si l'on recherche le pays qui présente le plus grand nombre de myopies scolaires, on constate que c'est celui où le moins de temps est consacré aux exercices gymnastiques, et, inversement, on remarque que le chiffre le moins élevé de myopes se rencontre chez le peuple qui s'y livre le plus. En Allemagne, où la proportion des myopes dans les établissements d'instruction secondaire atteint la proportion moyenne de 35 %, la totalité des heures de gymnase, pendant les huit années de scolarité, n'arrive qu'au chiffre de 650. Ce chiffre moyen s'élève en Angleterre à 4,500 heures; on n'y signale — on se le rappelle — que 20 % de myopes. Les Français, qui consacrent aux exercices gymnastiques environ 1,300 heures, c'est à dire un temps double de celui des Allemands, mais beaucoup moindre que celui des Anglais, présentent une moyenne myopique inférieure à celle des premiers, mais supérieure à celle des seconds. La

moyenne des élèves myopes dans nos lycées est, ainsi que je l'ai déjà dit, de 24 %.

2° Les faits observés par Motais, à l'École des Arts d'Angers et au Prytanée militaire, parlent dans le même sens. Ils témoignent, eux aussi, des heureux effets des exercices physiques sur la myopie. Motais a constaté que, à l'École des Arts d'Angers, la myopie n'augmente pas pendant les trois années de séjour, et que, au Prytanée militaire, elle est inférieure à la moyenne des autres lycées. Il a trouvé, notamment, que la proportion des myopes à la Flèche était en rhétorique et en philosophie de 26 %, tandis que cette proportion atteignait pour ces deux mêmes classes 46 % dans les collèges et lycées du Centre-Ouest de la France. Cependant, fait remarquer le confrère qui nous a signalé ces faits, à l'École des Arts et à la Flèche, les conditions d'hygiène oculaire sont déplorable; mais les études sont d'une heure, une heure et quart au plus, et coupées par des travaux manuels et des exercices physiques très actifs. Il ajoute que, au Prytanée militaire, la moyenne de l'instruction est égale à celle de nos lycées ordinaires.

3° C'est surtout l'essai tenté en Allemagne, à Giesen, qui est instructif. En 1879, le collège de cette ville fut reconstruit et, malgré les grandes améliorations apportées dans les dispositions de l'édifice et dans les aménagements intérieurs, le chiffre de la myopie restait sensiblement le même. En 1881, il était de 27,6 %. En 1884, un décret ministériel rendit impossible le surmenage des élèves. Les travaux d'application furent restreints, l'enseignement n'eut lieu que le matin, interrompu par des récréations assez longues. Dans l'après-midi, les élèves avaient bien quelques devoirs à faire chez eux, mais la durée de ce travail était toujours proportionnée à leur âge: pour les enfants de 6 à 9 ans, il ne devait pas excéder

30 à 40 minutes et pour les jeunes gens de 15 à 18 ans, jamais dépasser 3 heures. Les bienfaits de ce nouvel état de choses ne se firent pas longtemps attendre. Cinq ans après, en 1889, alors que tous les myopes antérieurs à 1884 n'avaient pas encore quitté l'établissement, Van Hippel constata que la proportion des myopes, au lieu d'être de 27,6 %, n'était plus que de 17 %. Il nota également des moyennes myopiques moins élevées, des acuités visuelles meilleures et des complications plus rares.

Van Hippel, après avoir fait remarquer que la réduction des heures de travail ne porta aucune atteinte à l'instruction des élèves qui arrivèrent aux examens parfaitement préparés, se livre aux deux réflexions suivantes :

a. Malgré les meilleures constructions et arrangements intérieurs de l'école, malgré toutes les mesures hygiéniques, un bon nombre d'élèves deviennent myopes à l'école; chez d'autres, la myopie augmente.

b. C'est au moyen de mesures hygiéniques que la fréquence de la myopie peut être diminuée et que, dans la très grande majorité des cas, son degré peut être tenu dans des limites modérées.

4° Chez les jeunes filles qui, ainsi que chacun le sait, s'adonnent à fort peu de mouvements, qui passent souvent leurs récréations à travailler à des ouvrages manuels, à des exercices de piano ou qui se livrent à des jeux d'esprit, la myopie scolaire, à égalité de programme, se montre plus fréquente que chez les garçons. Les chiffres suivants en fournissent la preuve :

	GARÇONS	FILLES
Manz.....	6,2 %	7,2 %
Pfûger... ..	5,0 %	8,0 %
Hoffmann.....	12,0 %	26,6 %
Romiée.....	0,7 %	1,7 %

	GARÇONS	FILLES
Romiée.....	2,2 %	5,0 %
Mets.....	1,8 %	2,4 %
Florschütz.....	12,0 %	14,0 %
Netoliczka.....	7,0 %	10,5 %
Villy.....	32,0 %	54,0 %

En outre, s'il faut en croire diverses recherches, la myopie atteindrait rapidement des degrés plus élevés chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons. Widmarck a remarqué que, dans les classes supérieures, les filles étaient plus myopes que les garçons, bien qu'elles missent plus de temps (1 à 2 ans) à l'étude des mêmes matières. Cet observateur a également noté que la moyenne la plus élevée se trouvait dans une école de filles. La statistique de Villy, à Chaux-de-Fonds, nous montre que, dans les classes correspondantes, une moyenne myopique plus élevée s'observe chez les filles.

5° Dans les écoles de la campagne, les élèves, qui mènent une existence plus conforme aux lois de la nature, présentent toujours une proportion beaucoup moindre de myopie que ceux des écoles des villes dont cependant les programmes d'études sont les mêmes.

Les premiers, une fois libres, vivent pour ainsi dire au grand air, jouent presque continuellement et font souvent plusieurs kilomètres pour se rendre à l'école; les seconds, au contraire, sortent de la classe pour aller se renfermer immédiatement dans une chambre étroite où l'air et la lumière manquent souvent. Chez ceux-là, d'après Cohn, le pourcentage de la myopie serait de 1,04 (et même certaines écoles de village en seraient complètement exemptes); chez ceux-ci, la proportion moyenne atteindrait 10,4 %. Cette immunité relative des jeunes campagnards à la myopie

scolaire se retrouverait plus tard s'ils poursuivent des études commerciales ou industrielles.

6° Depuis que mes recherches cliniques m'ont montré la présence constante du spasme ciliaire dans toute myopie commençante ou en voie d'évolution, depuis que mes lectures m'ont appris que les exercices physiques contribuent à abaisser la proportion des myopes, je n'ai laissé passer aucune occasion de recourir à ces exercices pour mettre à la porte tout spasme myopique voulant s'installer ou déjà installé dans un œil. Or, depuis trois ans que j'agis de la sorte, je ne me rappelle pas avoir échoué chez aucun de mes jeunes malades. Dans ce laps de temps, j'ai préservé une vingtaine d'élèves d'une myopie sûrement menaçante. J'en aurais préservé un plus grand nombre, si tous les parents eussent consenti à l'application de mes idées. Ce sont particulièrement ceux qui sont myopes qui s'y refusent. Imbus de l'idée de l'hérédité myopique, ils ne comprennent pas comment le moyen proposé puisse agir à titre prophylactique. A la vérité, la myopie est souvent héréditaire; mais, bien que telle, elle est néanmoins encore évitable dans certaines circonstances. Ce que les parents transmettent aux enfants, ce n'est pas une conformation spéciale de l'œil qui les conduit à la myopie, mais tout simplement leur tempérament, leur nervosité, leur disposition au spasme et, ajoutons-le, leurs habitudes.

Quand je veux faire disparaître un spasme myopique existant depuis peu de temps, j'ai recours, selon l'usage général, à l'atropine dont la cure se prolonge pendant une ou plusieurs semaines. Ce traitement ne permet pas aux enfants de faire des devoirs; j'en profite pour les envoyer au gymnase ou à la salle d'escrime et pour leur prescrire de longues promenades. Quand le spasme est guéri, je cesse l'atropine, je corrige l'astigmatisme s'il en existe, et, tout en rendant

l'enfant à ses études, j'ai le soin de lui faire continuer les exercices physiques. En procédant de la sorte, je ne vois plus ces rechutes de spasmes myopiques que je constatais assez souvent autrefois, quand je croyais que le seul devoir incombant au médecin était de triompher de la myopie dynamique. Tout spasme est la manifestation d'un état général particulier; il faut combattre le phénomène local, et, en plus, la prédisposition constitutionnelle qui souvent survit longtemps aux symptômes révélateurs.

Tels sont les six ordres de faits prouvant l'influence des exercices physiques dans la prophylaxie de la myopie scolaire. Tous n'ont pas la même valeur; mais ceux qui en ont moins en acquièrent par le voisinage des plus probants, et les critiques qui pourraient être formulées à l'égard de certains tombent si l'on tient compte de l'enseignement contenu dans les autres. Ainsi, au sujet des différences dans les pourcentages myopiques que nous offrent les gymnases et collèges d'Allemagne et d'Angleterre, différences que nous attribuons au grand écart dans les nombres d'heures consacrées aux exercices physiques, des confrères pourraient n'y voir qu'une question de race. Sans nier l'influence de ce facteur, je ferai remarquer que les caractéristiques des peuples dépendent souvent de leurs habitudes et j'ajouterai que, si la plus grande fréquence de la myopie en Allemagne résultait uniquement d'une prédisposition inhérente à la race, les modifications apportées au Collège de Giessen auraient été incapables de faire passer de 27,6 % à 17 % le nombre des myopes.

D'autre part, on peut dire que les chiffres recueillis à Giessen montrent plutôt l'influence heureuse des exercices physiques que celle du travail réduit. A la vérité, les mesures prises dans ce collège consistent plus en une diminution des heures de travail qu'en

une augmentation de celles consacrées aux exercices physiques. En effet, le nouveau règlement ne parle que de deux heures de gymnastique par semaine. Mais il est hors de doute que, si la totalité des moments laissés libres par le travail scolaire n'est pas employée à des exercices corporels, une grande partie l'est sûrement; on ne comprend pas que des enfants inoccupés ne se livrent pas à des marches, à des mouvements, à des jeux de leur âge. De plus, je l'ai indiqué plus haut, l'enseignement du matin est interrompu par des récréations assez longues. Si le rôle des jeux, à Giessen, peut à la rigueur être discuté, ce qu'on observe à la Flèche prouve surabondamment l'influence des exercices corporels; c'est sûrement à l'importance de ces exercices qu'est due la faible proportion des myopes.

L'observation clinique montre d'une façon évidente que les victimes de la myopie sont tout spécialement les sujets dont la santé laisse à désirer. Dès lors, on comprend que les exercices physiques, modificateurs puissants de l'organisme, agissent efficacement pour prévenir le mal. Le parfait équilibre de la santé qu'assurent les jeux, l'escrime, la gymnastique, etc., ne permet pas aux spasmes myopiques de se produire. Un enfant a beau travailler outre mesure sur des objets rapprochés, ses muscles ciliaires ne sauraient être le siège de spasmes si son système musculaire est préalablement tonifié par l'exercice physique qui est le meilleur de tous les toniques. C'est ce qui explique pourquoi tous les écoliers, même ceux qui travaillent à un éclairage insuffisant, ne deviennent pas myopes. C'est un fait certain que les sujets dont la vue se raccourcit sous l'influence du travail scolaire, ne jouissent pas de la plénitude de la santé. Ils peuvent ne pas fréquenter l'infirmerie, effectuer leur besogne quotidienne sans interruption, être les pre-

miers de leur classe, etc. Mais, il faut se le rappeler, tout cela n'est pas le réactif de la parfaite santé. Si l'on scrute bien, on trouve, chez les candidats à la myopie ou les jeunes myopes dont la maladie évolue, des symptômes n'attirant pas l'attention des parents, mais dénotant au médecin que tout ne se passe pas régulièrement dans ces jeunes organismes. Du reste, c'est un fait que j'ai fréquemment constaté, la myopie profite bien souvent pour s'installer de la convalescence de maladies graves. J'ai également observé que plus le myope est faible de constitution, plus sa myopie marche avec rapidité.

L'influence de l'état général sur le développement de la myopie n'a été signalée que par peu d'auteurs. Mais ceux qui en parlent, le font en termes très explicites.

C'est ainsi que l'on trouve sous la plume de Landolt les lignes suivantes : « Qu'on examine l'état de nutrition d'individus atteints de myopie et on reconnaîtra très souvent, comme cause, une constitution défectueuse et débile, non seulement chez l'individu, mais encore et surtout dans la race. »

Le praticien qui, à notre connaissance, a le plus insisté sur cette question est notre excellent confrère le Dr Gillet de Grandmont. En 1891, à la Société d'Ophthalmologie de Paris, il disait : « Je tiens à signaler l'un des facteurs de la myopie qui me semble beaucoup trop négligé jusqu'à ce jour dans les recherches étiologiques de cette affection. C'est la déchéance organique qui est indispensable à la production des ectasies scléro-choroïdiennes. Depuis longtemps ces recherches ont fait l'objet de mes études et j'ai utilisé pour cela trois institutions de jeunes filles où les enfants entrent sensiblement au même âge, demeurent le même laps de temps, font à peu près les mêmes études, suivent à peu de chose près le même régime et observent les mêmes règles scolaires.

» Mais chacune de ces institutions est fréquentée par des enfants de conditions différentes. La première reçoit des jeunes filles de la classe élevée de la société, la seconde des jeunes filles de la classe moyenne et la troisième institution reçoit des jeunes filles d'une condition au-dessous de la moyenne.

» Pour donner, dans votre esprit, plus de précision à la classification un peu arbitraire que je viens d'exposer, mettons, si vous le voulez bien, que les premières jeunes filles soient les enfants d'officiers supérieurs auxquelles les nécessités de la vie auraient peu ou point manqué, les secondes seraient les filles de capitaines qui auraient eu parfois à souffrir des privations, et les troisièmes seraient les filles de sous-officiers qui auraient souvent vécu de privations; eh bien! si l'on fait un relevé de la myopie dans ces trois institutions, on trouve que la statistique donne 7 % de myopes dans la première, 14 % dans la seconde et 25 % dans la troisième.

» Si l'on pousse plus loin les investigations, on apprendra que, dans la première institution, les études intellectuelles sont plus étendues que dans la deuxième et la troisième, où l'instruction manuelle prend une bonne part du temps; que les conditions d'éclairage sont sensiblement les mêmes partout; mais, par contre, que les enfants de la troisième catégorie sont le plus souvent nées de parents âgés et malades, qu'elles ont souffert en bas âge, qu'elles portent d'ailleurs les traces du lymphatisme.

» N'est-ce pas là un témoignage éclatant en faveur de cette thèse que la déchéance organique entre comme facteur de la plus haute importance dans la production de la myopie progressive avec staphylôme postérieur?

» J'ai fait les mêmes recherches étiologiques dans mes cliniques et je suis toujours arrivé aux mêmes conclusions.

» En quoi cela pourrait-il d'ailleurs nous surprendre? Ne sait-on pas depuis longtemps que certaines kératites sont l'une des manifestations du lymphatisme; que ces kératites sont celles qui donnent les taies les plus épaisses et qu'enfin les taies amènent le plus souvent l'ectasie postérieure de la sclérotique (1)?

» Je conclurai donc qu'en dehors des conditions de bon éclairage, de bon mobilier scolaire que nous devons réclamer pour les écoles, il importe de porter nos études sur les moyens les plus propres à relever l'organisme débilité de l'enfant pour nous mettre à l'abri du progrès de la myopie. »

Le Dr Gillet de Grandmont demande des études afin de rechercher les moyens capables de relever l'organisme et de préserver de la myopie. Je pense que les faits accumulés dans ce travail lui montreront que les moyens véritablement les plus propices pour atteindre ce double but résident dans une bonne éducation physique, bien plus puissante pour refaire les organismes et écarter les prédispositions que l'huile de foie de morue et les sirops fortifiants.

Notre confrère, après avoir vu dans la myopie les effets indéniables d'une déchéance organique, ne m'aurait pas laissé la satisfaction de montrer le remède efficace, s'il avait eu les mêmes idées que moi sur le mécanisme producteur de la myopie. Il ne fait pas jouer au spasme myopique le rôle initial dans la dilatation ectatique du globe de l'œil chez le myope. Il en résulte qu'il ne pouvait aller à la recherche des moyens pour prévenir ce spasme. Selon notre confrère, en effet, la déchéance organique aurait pour conséquence de porter un trouble dans l'organisation

(1) Gillet de Grandmont suppose, avec la plupart des auteurs, que les taies conduisent à la myopie par le rapprochement qu'elles provoquent. Je pense autrement : c'est la kératite antérieure à la taie qui, en faisant naître le spasme myopique, engendre la déformation ectatique.

de la coque oculaire. « Si la sclérotique, dit-il, n'avait point perdu ses éléments calcaires, il lui serait impossible de se dissoudre comme elle le fait dans la production du staphylôme postérieur. »

C'est là, je dois le faire remarquer, une idée absolument théorique, non vérifiée par aucune analyse chimique, tandis que le spasme myopique est un phénomène dont la clinique nous montre la présence au début et pendant la période d'évolution de toute myopie scolaire. Dans un livre sur la matière, en voie de publication à la librairie Rueff (*Myopie, Hyperopie, Astigmatisme*), j'ai insisté sur la constance du phénomène morbide et sur son intensité qui atteint parfois des chiffres dioptriques plus élevés que ceux signalés par les auteurs.

Les confrères qui pensent encore que l'œil myope porte en lui une prédisposition anatomique spéciale, le rendant plus apte à céder aux pressions et tractions musculaires, comprendront difficilement comment des exercices physiques peuvent éloigner la myopie. A dire vrai, ceux qui admettent une telle prédisposition deviennent chaque jour plus rares.

L'idée de V. Ammon, que l'ectasie staphylomateuse dépendrait d'une fermeture incomplète de la fente scléroticale, n'est acceptée à l'heure actuelle que par fort peu d'oculistes.

La théorie de l'insuffisance interne des muscles de l'œil, soutenue avec ardeur par Giraud-Teulon, est passible de diverses objections. Cette insuffisance a pour résultat de rendre difficile l'acte de la convergence et oblige le sujet à se rapprocher beaucoup de l'objet du travail. Si la convergence était réellement une cause de myopie, celle-ci devrait se rencontrer fréquemment dans le strabisme interne. Or chacun sait que l'association de ces deux phénomènes morbides est fort rare. De plus, comment expliquer les

myopies qui surviennent dans les cas de vision monolatérale où la convergence n'est pas utilisée?

L'opinion de Stilling, qui fait consister la prédisposition dans un abaissement de la voûte orbitaire et dans un enroulement plus étendu du muscle grand oblique sur le globe de l'œil — ce qui serait l'origine d'une compression anormale — cette opinion est combattue par Weiss et surtout par Schmidt-Rimpler. Ce dernier a trouvé que la moyenne de l'ouverture orbitaire est plus élevée chez les myopes que chez les autres sujets.

Parmi les hypothèses ayant des adeptes, reste celle de Weiss qui place la prédisposition dans une brièveté du nerf optique. Lorsque ce nerf est trop court, il est tirailé dans l'acte de la convergence et tiraille à son tour le globe de l'œil qui s'allongerait peu à peu. Weiss, au lieu de nous montrer les variations de longueur du nerf optique d'une façon générale, aurait dû signaler sa brièveté particulièrement chez les myopes.

Bien d'autres critiques ont été formulées à l'égard de ces diverses théories. Je n'insiste pas. La théorie spasmodique de Schiess, de Hosk, de Chisolm n'a été l'objet que d'un seul reproche qui n'existe plus maintenant. Les premières recherches avaient fait croire que le spasme n'existait que dans les trois quarts environ des cas. A l'heure actuelle, où l'on sait que le spasme est constant, cette théorie s'adresse à l'universalité des cas de myopie, aux légers aussi bien qu'aux graves, à ceux évoluant lentement ou au contraire rapidement, à ceux des lettrés comme à ceux des illettrés, aux cas spontanés et aux cas provoqués par une kératite ou par un traumatisme, aux myopies bilatérales comme aux monolatérales, à celles survenant chez les borgnes et chez les sujets qui jouissent de la vision binoculaire, à celles s'observant

dans les cas d'aphakie aussi bien que dans les yeux pourvus de cristallin.

Les faits cités plus haut ne donnent pas la mesure de ce que la prophylaxie de la myopie doit attendre des exercices. Ces faits figurent dans ce travail uniquement pour indiquer que la voie où je voudrais voir l'hygiène s'engager est sûre et capable de conduire au but.

Il est évident que, si la nouvelle organisation du Collège de Giessen, tout imparfaite qu'elle est au point de vue de l'éducation physique, a suffi pour faire tomber, au bout de cinq ans, dans la proportion de plus d'un tiers le chiffre des myopes, des résultats plus sérieux couronneront des tentatives exécutées avec méthode. En effet, autre chose est de se promener ou de s'occuper à de petits jeux, autre chose est de faire de la gymnastique, de l'escrime, du vélocipède, de l'équitation, etc. Dans un cas, on maintient un état de santé plus ou moins chancelant, dans l'autre, on tonifie les muscles et l'on assure le parfait fonctionnement de tous les organes.

Si les établissements d'instruction secondaire de l'Angleterre, avec leurs 4,500 heures de gymnase, ont encore 20 % de myopes, cela tient à diverses causes. La première, à ce que, pour l'écolier anglais, la période d'instruction forcée (*grammar school*) s'étend de 8 à 12 ans, tandis que la période comprise entre 13 et 17 ans (*high school*) est celle de l'éducation par le jeu et la vie en commun. Le coup de collier est donc donné, en Angleterre, juste au moment où la myopie a le plus de tendance à se montrer. En second lieu, le chiffre de 20 % de myopes s'explique très vraisemblablement par ce fait que les exercices physiques sont commencés trop tard et les premières leçons de lecture et d'écriture données, comme en France, trop de bonne heure. C'est là un point qui a une très grande importance.

Il ne suffit pas de faire faire de l'exercice aux élèves des deux sexes aussitôt qu'ils fréquentent les maisons d'instruction. Il convient de ne pas les admettre dans ces établissements avant un certain âge, et, ce qui revient au même, à ne pas commencer trop tôt dans les familles à les faire lire et écrire. J'aborde ici le point le plus délicat, celui au sujet duquel les parents sont moins disposés à faire des concessions. Ils y viendront néanmoins, un jour, quand ils auront compris qu'il ne faut rien précipiter chez l'enfant et qu'une éducation physique assez avancée doit précéder toute ébauche d'instruction intellectuelle.

Javal, dont tout le monde connaît la grande compétence en hygiène scolaire, après avoir examiné les yeux de 525 élèves d'une belle école libre de Paris, où les conditions d'éclairage des classes et la disposition des bancs et des tables sont d'une perfection vraiment exceptionnelle, a partagé les enfants de chaque classe en deux catégories d'égale nombre, comprenant, d'une part, les plus jeunes, et, d'autre part, les plus âgés. Il s'est trouvé ceci : que dans les petites classes le plus grand nombre des myopes appartenait à la moitié la plus jeune.

J'ai fait la même remarque par deux fois différentes, à la suite d'examens visuels pratiqués chez de jeunes écoliers. Dans une classe de 46 élèves (âge moyen 9 ans), 10,8 % étaient myopes ; 60 % de ces myopes se trouvaient dans la moitié la moins âgée, avec une moyenne myopique de 2 D. ; dans l'autre moitié, celle-ci n'atteignait que 1,25 D. Dans la seconde classe (âge moyen 8 ans), il y avait 52 élèves dont 7,6 % étaient myopes. Les trois quarts de ces derniers figuraient dans la moitié la plus jeune avec une moyenne myopique de 2,25 D. ; la myopie de l'autre moitié avait pour moyenne 1,75 D.

Le Dr Vignes, dans la communication qu'il fit, en 1891, à la Société d'Ophtalmologie de Paris, relative

aux examens pratiqués par lui dans deux écoles, signale la même particularité. « Il découle de mes observations, dit ce distingué confrère, que dans une même classe les élèves plus âgés que la moyenne de leurs camarades, ceux, en d'autres termes, dont l'instruction a été retardée, soit volontairement au début, soit par leur peu d'aptitude, ont présenté une réfraction de chiffre inférieure à celle de leurs camarades. »

Ne trouve-t-on pas dans ces divers résultats la preuve évidente qu'il ne faut pas donner trop tôt les premières leçons?

Jusqu'à sept ans révolus, il serait à désirer que les enfants ne touchassent ni livres ni plumes. C'est un vœu qui a déjà été formulé par plusieurs spécialistes. Il serait également à souhaiter, tenant compte des faits que je viens d'exposer, que jusqu'à cet âge les soins des maîtres et des parents soient beaucoup moins dirigés du côté de l'instruction. Les écoles maternelles, enfantines et les salles d'asile devraient, pour ainsi dire, borner leur rôle à donner aux enfants l'éducation physique appropriée à leur âge. Ce sera le meilleur moyen de détourner d'eux la myopie et les diverses autres maladies engendrées par le surmenage pendant la seconde enfance et l'adolescence. On les préparera ainsi à supporter le mieux possible la longue épreuve scolaire, bien contraire au parfait développement de leur organisme. Si à partir de huit ans le grand souci est de meubler l'intelligence, avant cet âge presque tous les soins doivent être donnés au corps, qu'il importe de rendre fort et robuste.

Si nos enfants, à huit ans, avant leur entrée à l'école, sont déjà habitués aux exercices méthodiques, s'ils se livrent, pendant leur séjour dans les pensions, collèges et lycées, à des jeux divers et animés, nous ne serons plus exposés à lire des phrases telles que celle que je viens de trouver sous la plume d'un écri-

vain français, dans un livre très apprécié sur l'éducation physique en Angleterre : « Ce qui frappe au premier coup d'œil, dit Pierre de Coubertin, en parlant des élèves du grand Collège d'Harrow, c'est l'expression calme, paisible qui rayonne sur tous ces fronts; on ne voit pas de ces figures chiffonnées et presque flétries qui abondent dans nos écoles; ici, c'est la santé débordante et la grâce qui donne la vigueur. »

Il est donc à désirer que de sérieuses modifications soient apportées au règlement de nos établissements d'instruction. Depuis déjà longtemps, les oculistes de presque tous les pays demandent de fréquentes interruptions dans le travail, de manière à permettre aux muscles de la convergence et de l'accommodation de se détendre. Ce n'est pas assez demander : il faut que les heures d'études soient diminuées, que celles des récréations soient allongées, afin que les élèves aient le temps de se livrer à la somme des exercices physiques qui, en assurant le parfait fonctionnement de l'organisme, les préservent de la myopie.

En résumé, il résulte de faits observés avec soin :

1° Que, dans les écoles, la fréquence de la myopie est en raison inverse du temps réservé aux exercices physiques;

2° Que le degré moyen de la myopie s'abaisse et que les complications diminuent dans les établissements où un plus long temps est consacré aux promenades, jeux, mouvements divers;

3° Que la myopie scolaire s'arrête fréquemment dans son évolution chez les jeunes gens qui se livrent à de fréquents exercices physiques;

4° Que chez les jeunes filles, qui s'adonnent à fort peu de mouvements, la myopie scolaire, dans les mêmes conditions de travail, se présente plus fréquente et plus forte que chez les garçons;

5° Que, dans les écoles de la campagne, les sujets, qui mènent une existence plus conforme aux lois de la nature, présentent toujours une prédisposition beaucoup moindre à la myopie que ceux des écoles des villes, dont cependant les programmes d'études sont les mêmes ;

6° Que le meilleur moyen de prévenir le retour du spasme myopique, précurseur d'une véritable myopie, est de prescrire des exercices physiques méthodiques ;

7° Qu'enfin, la plus jeune moitié des élèves des classes élémentaires contient un nombre beaucoup plus grand de myopes que la moitié plus âgée, preuve des mauvais effets sur la portée de la vue d'une instruction trop hâtive.

Après avoir signalé ces divers faits au Congrès national de l'éducation physique tenu en notre ville ces jours derniers, j'ai proposé les vœux suivants, qui ont été adoptés à l'unanimité :

1° Que les heures consacrées au travail soient réduites dans une notable proportion et que le temps devenu ainsi libre soit effectivement consacré à des exercices corporels obligatoires ;

2° Que des programmes d'une éducation physique réellement profitable soient préparés pour les établissements de divers degrés de jeunes filles ;

3° Que les écoles maternelles, enfantines et salles d'asile ne s'occupent presque uniquement que de l'éducation physique des enfants et que, dans ces écoles, les premiers éléments de l'instruction soient donnés oralement, sans livres ni cahiers ;

4° Que l'enseignement des matières des programmes de l'enseignement primaire et des classes élémentaires des collèges et lycées ne soit donné qu'aux enfants ayant au moins sept ans révolus.

La séance est levée.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

Lettre de M. le Dr Lavielle (de Dax), demandant à être nommé membre titulaire de la Société et envoyant à l'appui de sa candidature un travail manuscrit intitulé : *Sur un nouveau cas d'acromégalie*.

Le Conseil d'administration n'ayant soulevé aucune objection sur cette candidature, une Commission composée de MM. Pitres, Régis et Arnozan, est nommée pour examiner les titres et travaux du candidat.

Félicitations.

M. le Président est heureux d'annoncer à la Société que son Vice-Président, M. Chabrely, vient d'être nommé conseiller général de la Gironde et adresse au nouvel élu les félicitations de ses collègues.

M. Chabrely, en quelques mots très aimables, reporte sur le Corps médical bordelais tout entier l'honneur de l'élection qui vient de se faire sur son nom.

Pied-bot valgus
paralytique — Arthrodèse médio-tarsienne.
Présentation de malades.

M. Venot fils, interne des hôpitaux. J'ai l'honneur de vous présenter une série de petits malades opérés, cette année, à l'hôpital des Enfants dans le service de mon maître M. le professeur Piéchaud.

Je n'ai pas l'intention de refaire ici chaque observation; je veux simplement vous montrer des résultats.

Ces enfants présentaient, quand ils ont été conduits à l'hôpital, un pied-bot valgus paralytique. La déviation

du pied s'était produite malgré un traitement électrique bien fait et régulièrement suivi.

M. le professeur Piéchaud a pratiqué chez ces enfants l'arthrodèse médio-tarsienne. J'ai moi-même, sous la surveillance de mon maître, opéré une fillette.

Aujourd'hui, vous pouvez constater qu'ils appuient bien la plante du pied sur le sol, alors qu'autrefois ils marchaient sur le bord interne de l'organe ou bien sur la malléole interne.

Avant de les opérer, nous avions demandé à M. le professeur Bergonié un examen électrique de leurs muscles. Dans tous ces examens, nous notions une réaction de dégénérescence du jambier antérieur seul, associée parfois à l'atrophie du triceps sural. Le muscle jambier antérieur, atrophié, ne contrebalance plus l'action des muscles antéro-externes de la jambe. Les ligaments de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, continuellement sollicités par ces muscles, se relâchent peu à peu et la déformation se fait aux dépens de cette articulation. Souder cette articulation, faire l'arthrodèse médio-tarsienne, c'est maintenir en contact les deux os astragale et scaphoïde et, par suite, remédier à l'absence du jambier antérieur.

Ce qui précède nous montre bien dans quelle variété de valgus paralytique l'arthrodèse médio-tarsienne suffira seule à corriger la déformation. Quand tous les muscles de la jambe sont atrophiés, sauf les muscles abducteurs du pied, il se produira un degré de valgus beaucoup plus prononcé et l'arthrodèse médio-tarsienne seule sera ici insuffisante; il faudra nécessairement ankyloser un plus grand nombre d'articulations.

Mais le valgus par atrophie du jambier antérieur est, en somme, la déformation paralytique la plus fréquente; c'est ici qu'il faut toujours recourir à l'arthrodèse médio-tarsienne.

Incision au niveau de l'interligne articulaire, ouverture de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, ablation du cartilage articulaire à l'aide d'une petite curette et rapprochement des deux surfaces osseuses pour ainsi

dire avivées, telle est, en quelques mots, l'arthrodèse astragalo-scaphoïdienne.

Le pied est fortement ramené en dedans et maintenu dans cette position par un bon appareil plâtré. Au bout de deux ou trois mois, l'ankylose est obtenue et l'enfant peut marcher.

Opération élégante, facile, ne présentant aucun danger, condamnant absolument tous les appareils inventés pour redresser le pied. Ceux-ci, en effet, loin de guérir la déformation, en comprimant les muscles et les vaisseaux de la jambe, détermineront une atrophie plus complète et des muscles et des os et, quand on les enlèvera, le résultat sera une déviation beaucoup plus prononcée du pied.

M. Piéchaud regrette que tous les malades conviés par *M. Venot* ne se soient pas rendus à son appel; ils eussent confirmé d'une manière plus éclatante encore les résultats intéressants qui viennent d'être soumis à la Société.

Nouveau procédé opératoire dans le cas de hernie étranglée compliquée de sphacèle.

M. Piéchaud. Je désire communiquer à la Société un nouveau mode de traitement chirurgical qu'il m'a été donné d'employer dans un cas de hernie crurale étranglée et compliquée de sphacèle. L'idée première de ce nouveau procédé ne m'appartient pas, je me hâte de le dire; elle appartient à un confrère distingué, que je nommerai tout à l'heure après avoir rapporté l'histoire de la malade qui m'a permis de le mettre en pratique.

Il s'agit, dans mon cas, d'une aliénée atteinte d'une hernie crurale plus volumineuse que ne le sont d'ordinaire ces hernies, recouverte d'une peau un peu rouge et depuis plusieurs jours déjà irréductible. Après quelques tentatives légères et infructueuses de taxis, je juge la kélotomie urgente. L'ouverture du sac donne issue à un liquide séro-sanguin abondant. Après débridement suffisant, je découvre l'anse intestinale; elle est rouge et tuméfiée dans son ensemble et, sur une étendue ayant

les dimensions d'une pièce de deux francs, offre la teinte feuille morte caractéristique. Cette plaque, qui ne saigne pas à la piqure, est évidemment une plaque de sphacèle qui intéresse toute l'épaisseur de la paroi. A un centimètre plus loin, je trouve une autre eschare ayant les dimensions d'une lentille.

Dans cette situation, que faire? A coup sûr, l'intestin ne peut être réduit dans ces conditions. Réséquer la portion sphacélée et suturer au dehors la partie saine de l'anse herniée? Non, car cette conduite est à peu près fatalement mortelle. Fallait-il laisser s'établir un anus contre nature, sauf à le guérir plus tard par les procédés classiques?

Plutôt que de recourir à ce moyen, j'ai cru mieux faire en utilisant le procédé nouveau, qui consiste à refouler vers la cavité de l'anse intestinale la partie frappée de sphacèle, puis à adosser les bords sérieux de la partie saine et à les suturer au catgut fin. De cette manière, l'eschare tombera et sera digérée dans l'intestin. Je réduis alors dans l'abdomen l'anse ainsi restaurée et j'assure, par la dissection, la ligature et le capitonnage du sac, la cure radicale de la hernie. Petit drain, pansement antiseptique. A partir de l'opération, la température n'a jamais dépassé 37°2. Le sixième jour, l'opérée allait à la garde-robe. Les jours suivants, les selles étaient irrégulières et le tamisage le plus attentif ne m'a pas permis d'y déceler la moindre trace de la portion intestinale sphacélée. Celle-ci, comme je l'avais espéré, a donc été digérée par l'intestin. La guérison a été aussi simple et aussi complète que possible.

Ce succès fait le plus grand honneur à un procédé opératoire, que je puis louer ici d'autant plus librement qu'il ne m'est pas personnel et qu'il appartient à M. Martinet (de Sainte-Foy). Notre habile confrère me disait, en effet, dernièrement au cours d'un voyage que nous faisons ensemble, qu'il avait eu la pensée de traiter une hernie étranglée et sphacélée par le *refoulement de l'eschare* dans la cavité intestinale et la suture des parties saines avoisinantes. Sa malade avait parfait-

tement guéri. M. Martinet a communiqué son procédé et le résultat de son opération à MM. Verneuil et Reclus, qui doivent en faire l'objet d'une communication à la Société de Chirurgie de Paris. Il n'existe aucun fait analogue dans la science chirurgicale. J'ai tenu à ce que le deuxième cas publié, et qui est un second succès à l'actif de la méthode, fût soumis à l'appréciation autorisée de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

M. Pousson. A propos de l'observation si intéressante que vient de nous communiquer M. Piéchaud, je dois à la vérité de dire que j'ai eu moi-même, il y a quelque temps, l'idée d'utiliser un procédé opératoire analogue chez une femme atteinte d'une affection rare de la vessie. A travers l'orifice urétral faisait hernie, pendant la miction, une tumeur qui me semblait être une *cystocèle urétrale*, maladie d'ailleurs très rare. Ma première pensée avait été d'enlever cette tumeur, mais la crainte de voir une infiltration d'urine se produire dans l'abdomen à la suite de la plaie vésicale, me fit songer à employer ici une manœuvre semblable à celle de MM. Martinet et Piéchaud : refouler la tumeur, aviver de chaque côté la muqueuse vésicale, puis la suturer au catgut fin. De cette manière, pensais-je, la *cystocèle* serait maintenue réduite. Ce procédé théorique n'a pas été mis en pratique par moi dans le cas actuel, parce que la tumeur, qui s'est présentée plus tard sous d'autres aspects à mon observation, a pu être réséquée, opération d'ailleurs couronnée de succès et sur laquelle j'aurai occasion de revenir ultérieurement.

M. Régis. Je demanderai à M. Piéchaud s'il ne peut nous fournir quelques renseignements sur l'état mental de cette aliénée. Sans vouloir diminuer en rien la valeur de l'opération pratiquée chez cette malade, je rappellerai que les aliénés en général supportent avec une surprenante facilité les opérations même les plus graves.

M. Piéchaud. Tout ce que je sais de cette aliénée, c'est qu'elle était, m'a-t-on dit, démente avec d'assez fré-

quentes éclaircies de bon sens. Depuis l'opération, il semble que son état mental s'est légèrement amélioré. Quant à ce que nous disait tout à l'heure M. Régis de la bénignité ordinaire des opérations même très graves pratiquées chez les aliénés, j'estime que cela ne peut s'appliquer au cas actuel. La chute d'une eschare intestinale dans la cavité péritonéale, par suite d'étranglement herniaire, produira fatalement les mêmes accidents mortels chez tous les malades, aliénés ou non. La guérison de mon opérée signifie donc que ma suture intestinale a bien tenu, que le péritoine a été respecté et que, sans la moindre infection, la guérison a été parfaite.

M. Dudon. La manière de faire de MM. Martinet et Piéchaud présente d'incontestables avantages; tout en évitant les dangers de la résection avec suture chirurgicale de l'intestin au dehors, tout en prévenant les ennuis d'un anus contre nature parfois interminable, le procédé qui vient de nous être montré utilise le travail inflammatoire, déjà commencé, sur la séreuse intestinale au voisinage de l'eschare, pour assurer la protection du péritoine contre la chute de l'eschare; de plus, il permet la réduction immédiate et la cure radicale de la hernie. Il faut avouer pourtant que ce nouveau traitement, si rationnel et si séduisant, n'est pas applicable à tous les cas, notamment à ceux où l'anse herniée présente des plaques de sphacèle trop étendues, car alors la suture amènerait un rétrécissement très grave de l'intestin.

M. Armaignac. Qu'on me permette une simple réflexion suggérée par l'objection que vient de faire M. Dudon. Si l'eschare est grande, il faudra, pour éviter le rétrécissement ultérieur de l'intestin, faire une suture transversale de l'anse herniée.

M. Piéchaud. Évidemment, il faut, en pareil cas, pratiquer une suture transversale comme vient de le faire remarquer M. Armaignac. Si moi-même je n'ai pas, dans ma communication, insisté sur ces détails, c'est par crainte de lasser l'attention de la Société, que la séance d'aujourd'hui appelle à d'autres travaux. Chez

ma malade, la suture a été pratiquée dans le sens transversal. Chez l'opérée de M. Martinet, au contraire, la suture fut faite longitudinalement. Malgré ces différences dans le sens de la suture, les deux opérées, bien guéries, ne s'en portent pas moins à merveille.

Élections.

Conformément aux statuts et au règlement, il est procédé aux élections pour l'année 1894.

Sont élus :

Vice-Président. — M. Carles.

Archiviste. — M. Durodié (réélu).

Deuxième Secrétaire adjoint. — M. Pousson.

Conseil d'administration. — MM. Verdalle, Loumeau, Ch. Dubreuilh, Négrié et Boursier père (honoraire), désigné par le Président.

Conseil de famille. — MM. Delmas, Dupuy, Davezac, Pons et Levieux (honoraire).

Le Bureau pour l'année 1894 sera ainsi composé :

<i>Président</i>	MM. Chabrely.
<i>Vice-Président</i>	Carles.
<i>Secrétaire général</i>	G. Sous.
<i>Premier Secrétaire adjoint</i> ..	Lagrange.
<i>Deuxième Secrétaire adjoint</i> ..	Pousson.
<i>Trésorier</i>	Venot.
<i>Archiviste</i>	Durodié.

La séance est levée.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1893

PRÉSIDENCE DE M. CHABRELY

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. Carles remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant pour l'année 1894 à la vice-présidence de la Société.

Correspondance.

M. Levieux fait hommage d'un exemplaire du discours qu'il a prononcé à la séance d'installation des internes et externes des hôpitaux et intitulé : *Étude sur la Maternité de l'hôpital général et sur la Clinique obstétricale de l'hôpital Saint-André.*

Troubles douloureux de la miction d'origine utérine.

M. Loumeau lit le travail suivant :

La solidarité vasculaire qui unit entre elles la vessie et la matrice, ainsi que le voisinage immédiat de ces deux organes expliquent le facile retentissement des affections utérines sur le réservoir vésical. Ce sont là choses depuis longtemps connues et chacun sait maintenant quels troubles variés de la miction peuvent entraîner les modifications physiologiques (puberté, menstruation, grossesse, ménopause) ou pathologiques (déviations, congestions, inflammations, néoplasmes) de l'utérus. Propagation hyperémique ou inflammatoire, hyperesthésie réflexe, action mécanique par compression directe sont tour à tour invoquées en pareils cas pour expliquer la pathogénie des accidents vésicaux. Des travaux nombreux consacrés à la question ⁽¹⁾, il résulte que l'utérus exerce sur la production

(1) Parmi les principaux, rappelons les auteurs suivants qui ont étudié l'influence exercée sur la vessie par :

la menstruation : Laugier, Laboulbène, Jenkins et Nicoll;

la grossesse et l'accouchement : Mauriceau, Capuron, Playfair, Mons, Lépine, Depaul, Eugène Monod, Terrillon, Broussin;

la pathologie utérine : Laugier, Civiale, Bernadet, Craith, Desplats, Barnes, Pridgin Teale, Heath, Emmet, Warder, Warren, Stein;

l'ensemble des différents états utérins : Boissard, Hache, Guyon, Chaleix, Hartmann, Desnos, etc.

de la cystite féminine une influence presque aussi importante que les rétrécissements urétraux et les affections prostatiques sur la genèse des phlegmasies vésicales chez l'homme.

Tous les cliniciens ont pu noter des faits relatifs à cet intéressant chapitre qui touche à la fois à la chirurgie urinaire, à l'obstétrique, à la gynécologie. J'ai rencontré moi-même nombre de cystites et de gênes mictionnelles occasionnées ou aggravées par la grossesse, des déviations et des tumeurs utérines. Je me contenterai pour aujourd'hui de rapporter deux exemples très nets du rôle joué par la simple congestion utérine dans l'éclosion des accidents vésicaux.

Mes malades pissaient très souvent, en souffrant beaucoup, surtout à l'issue des dernières gouttes, mais elles n'offraient dans leurs urines parfaitement limpides ni pus ni sang. Nous n'avions donc pas affaire chez elles à de la cystite vraie, que seule caractérise la trilogie classique : *fréquence de la miction, douleurs, pyurie*. C'est uniquement de troubles fonctionnels qu'il s'agissait, le symptôme *pyurie* faisant ici défaut.

A ce propos, l'expression, d'ailleurs peu justifiée, émise autrefois par Boyer sur la sphinctéralgie anale, sans ulcération fissuraire apparente, qu'il dénommait la *fissure sans fissure*, vient immédiatement à l'esprit. Et ne pourrait-on dire, mais avec plus de raison, de mes malades à miction fréquente, douloureuse et non accompagnée de pyurie, qu'elles étaient affectées de *cystite sans cystite*? C'est là, j'ai hâte de l'ajouter, une dénomination purement séméiologique sur la valeur de laquelle personne ne saurait évidemment se méprendre.

D'autre part, l'utérus non gravide, non déplacé, exempt d'altérations persistantes, inflammatoires ou néoplasiques, était congestionné chez l'une et l'autre

malades pendant toute la durée des désordres observés du côté de la vessie.

L'influence de la congestion, que nous savons tous si prépondérante en pathologie urinaire, éclate donc en ces cas avec la dernière évidence. On va d'ailleurs pouvoir en juger par le rapide exposé de ces observations.

OBSERVATION I.

Cystalgie provoquée par des cautérisations utérines au nitrate d'argent — Guérison des troubles vésicaux par la suppression de ces cautérisations.

M^{me} C... (de la Charente), quarante-deux ans, vient me consulter l'été dernier, se plaignant de la vessie.

Réglée à onze ans et demi, mariée à quinze ans, eut son unique fille à seize ans. Un an plus tard, a commencé à éprouver une douleur légère dans le bas ventre, du côté gauche. Aucune perte suspecte. Règles régulières, quoique peu abondantes (deux jours), jusqu'à l'âge de trente-sept ans. Depuis cette époque, menstruation supprimée sans retour et malaises tous les mois dans le bassin. État général parfait et superbe apparence.

Pour ces malaises, attribuables peut-être à un foyer mal éteint de salpingite légère ou à la disparition hâtive de la perte cataméniale chez une femme jeune et très robuste encore, mais auxquels le bon état de la matrice me paraît absolument étranger, un nombre incalculable de cautérisations au nitrate d'argent ont été pratiquées sur le col utérin. Véritable débauche de cautérisations qui sont faites presque coup sur coup, à quelques jours d'intervalle, pendant la *cure utérine* que durant deux semaines vient faire, à chaque saison, à Bordeaux, la trop docile malade.

Voici les résultats de cette intervention, subie déjà depuis trois ans avec la plus grande ferveur : Immédiatement après les cautérisations, la miction, jusqu'alors normale et indolente, devient fréquente et extrêmement pénible. C'est une sensation de cuisson très vive qu'exa-

gère surtout l'expulsion des dernières gouttes. D'ailleurs jamais de sang ni de pus dans l'urine. Cet état, réfractaire à toutes les médications opiacées, dure, en s'amendant progressivement, quatre à six semaines après chaque période de traitement. Puis, la *crise vésicale* disparaît d'elle-même et la miction redevient régulière. La guérison absolue des troubles urinaires se maintient jusqu'à la prochaine série de cautérisations utérines qui, elles, ne se font guère attendre, la patiente s'étant laissée convaincre de la nécessité de cette opiniâtre et brûlante thérapeutique.

Le 27 juillet, je vois la malade en proie depuis trois semaines à une crise de cystalgie des plus violentes, consécutive aux dernières cautérisations. Elle urine à tout instant, en moyenne toutes les quinze minutes, tant la nuit que le jour. Le liquide expulsé devant moi présente une limpidité parfaite. La pression hypogastrique provoque une légère douleur au-dessus du pubis. La vulve est un peu congestionnée. Le vagin et la matrice ne présentent rien d'anormal au toucher. Seulement l'application soutenue du doigt contre la paroi vaginale antérieure fait souffrir la patiente et éveille le besoin d'uriner. Un explorateur à boule n° 12 pénètre dans la vessie sans difficulté, mais après avoir déterminé une vive sensation de déchirure au niveau du col hyperesthésié. Le contact de la boule avec la paroi vésicale postérieure est également très mal supporté.

Le diagnostic *cystite douloureuse* se fût imposé si l'absence de la pyurie dans le syndrome clinique ne m'avait obligé à éliminer l'élément *cystite* pour retenir simplement l'élément *douleur*. C'est donc à une cystalgie que j'ai affaire. Celle-ci, passagère comme la cause dont elle émane, me paraît produite par la propagation à la vessie de l'hyperémie utérine qu'entraînent les cautérisations argentiques et doit, selon moi, guérir par la cessation du traitement utérin employé jusqu'ici. Aussi me semble-t-il superflu d'instituer aucune thérapeutique vésicale.

Avec mon instillateur perforé laissé en place, je

dépose, pour avoir l'air de faire quelque chose, dix gouttes d'eau distillée sur la muqueuse vésicale. Supercherie bien anodine dont le but est de faire croire à la malade que c'est là la petite opération qui va la guérir, lorsqu'en réalité c'est la suppression définitive de toute cautérisation utérine qui, dans ma pensée, doit assurer le retour de la miction physiologique. Je conseille de remplacer désormais les cautérisations par des injections vaginales très chaudes, prises matin et soir et des bains de siège quotidiens renouvelés jusqu'à complet rétablissement des fonctions urinaires.

La malade, revue le 7 novembre dernier, se porte à merveille. Elle urine maintenant sans douleur, toutes les quatre ou cinq heures. Des malaises mensuels auxquels, dans son désceuvrement de femme du monde, elle accordait jadis une excessive importance, elle ne fait plus grand cas aujourd'hui, les estimant bien insignifiants à côté des souffrances que lui imposait précédemment l'évacuation de sa vessie. Tout en me remerciant beaucoup de mon intervention à laquelle, du bout des lèvres, elle attribue sa guérison, elle garde au fond du cœur, je le sais, une haine que le temps effacera difficilement aux cautérisations qui l'ont ainsi torturée pendant plusieurs années.

OBSERVATION II.

Cystalgie cataméniale — Bien-être absolu dans l'intervalle des règles — Amélioration par l'application pré-mensuelle de sangsues sur le col utérin.

M^{me} F..., quarante-cinq ans, réglée depuis treize ans, mariée à vingt ans, a eu trois enfants et, il y a quatre ans, une fausse couche de cinq mois produite accidentellement. A la suite, pelvipéritonite qui nécessita dix semaines de décubitus dorsal, des vésicatoires hypogastriques, des injections vaginales émollientes.

Depuis cette époque, dysménorrhée et troubles douloureux de la miction précédant et accompagnant les règles et leur survivant plusieurs jours. Ces troubles

sont caractérisés par des besoins fréquents d'uriner et par une miction excessivement cuisante qui donne issue à un liquide toujours clair. Les bains, les calmants et les antipériodiques de toute sorte ont été administrés sans résultat.

La malade m'est adressée le 28 février dernier. Elle est à ce moment dans une période d'accalmie, les dernières règles étant passées depuis dix jours. Les urines qu'elle émet sans souffrance devant moi sont normales. La palpation de l'abdomen ne me révèle qu'une faible douleur au niveau de la trompe gauche, peut-être un peu tuméfiée. Au toucher, col utérin un peu volumineux, mais non abaissé, culs-de-sac souples et indolents. Pas d'hémorroïdes. Exploration négative de l'urètre et de la vessie. Aucune perte vaginale.

Je recommande à la malade de venir me voir à l'époque de ses prochaines règles. Jusque-là, elle prendra chaque jour un lavement destiné à combattre la constipation à laquelle elle me dit être sujette et fera matin et soir une injection vaginale aussi chaude que possible.

Le 16 mars suivant, la miction commence à devenir fréquente (toutes les demi-heures) et douloureuse. En même temps, sensation de pesanteur dans le bas ventre et de tiraillements dans les reins. Le col utérin, bien ouvert, est turgide, rénitent et fortement épaissi. Le cathétérisme urétral avec l'explorateur à boule n° 14 produit au col vésical une douleur assez vive. Au traitement précédemment institué, j'ajoute des bains de siège bi-quotidiens et des cataplasmes laudanisés sur le ventre. Aucune amélioration.

Le 18 mars, les règles sont arrivées. La miction a lieu toutes les dix minutes et s'accompagne d'une excessive douleur, qu'exaspère l'émission des dernières gouttes. L'urine retirée de la vessie par la sonde ne présente ni pus ni sang. Vulve fortement congestionnée. Bourrelet hémorrhédaire rendant la défécation plus pénible que d'ordinaire.

Le 21, les règles ont cessé, mais les troubles vésicaux persistent en s'atténuant jusqu'au 24. A partir de ce

moment, tout rentre dans l'ordre. La guérison est complète jusqu'au mois suivant.

En avril, mai, juin, juillet et août, mêmes crises de cystalgie correspondant aux époques menstruelles. Même inefficacité des traitements palliatifs suivis jusqu'à ce jour et auxquels a été ajoutée, fin mai, sans plus de succès, la dilatation très large du col utérin.

Le 19 septembre, dès qu'apparaissent les accidents urinaires précurseurs de la menstruation, j'applique quatre sangsues sur le col utérin très gros et descendu à quatre centimètres de la vulve. Elles coulent abondamment. Cette fois la dysurie a été plus légère et a cessé avec la perte cataméniale.

Le 17 octobre, même saignée locale, même soulagement, mais non disparition totale des phénomènes douloureux. La malade toutefois se déclare résignée à suivre, jusqu'à l'arrêt définitif de ses règles, ce traitement énergique pour pallier les souffrances intolérables qu'aucune autre médication n'a pu améliorer.

L'apparition périodique de la cystalgie, sa coïncidence avec chaque menstruation et l'influence salubre exercée sur elle par la saignée du col m'autorisent à rattacher les désordres de la miction, chez cette malade, à la congestion cataméniale propagée de la matrice à la vessie.

Aux détails précédents, j'ajouterai les renseignements suivants qui concernent mes deux malades : aucune d'elles ne présentait d'antécédents nerveux, soit héréditaires, soit personnels ; chez aucune (et c'est là un desideratum que je regrette), je n'ai mesuré — dans la crainte d'exaspérer la douleur — la capacité vésicale au moment des crises de cystalgie ; mais, dans les périodes de guérison qui séparaient les crises, leur vessie pouvait facilement admettre 350 à 400 grammes de liquide.

De ces observations, fort simples à la vérité, découle une conclusion pratique déjà mentionnée par Civiale,

plus tard par Barnes, et rappelée récemment par Guyon, dans ses Cliniques, à savoir la nécessité de songer à l'utérus toutes les fois qu'on se trouve chez la femme en présence de troubles urinaires à pathogénie un peu incertaine.

« L'étude clinique des symptômes vésicaux chez la femme, écrit Barnes, est le plus souvent du domaine de la gynécologie. »

A cette opinion, partagée par tous les accoucheurs et tous les gynécologues, j'ai voulu apporter la contribution de deux faits personnels.

Chez mes malades, les accidents vésicaux étaient dus à la propagation de l'hyperémie utérine. Hyperémie produite elle-même, on l'a vu, par la cautérisation à outrance du col, dans un cas; dans le second, par la seule congestion menstruelle, d'autant plus efficace ici, qu'il s'agissait d'une multipare dont l'utérus, resté gros, conservait cet état plus ou moins marqué de sub-involution sur lequel a bien insisté Chenet dans sa thèse *De l'involution utérine* (1877). Comme dans les cas identiques cités par Laugier, la fréquence douloureuse de la miction au moment des règles atteignait en ce cas un très haut degré, qui d'ordinaire est beaucoup moins accentué. Le plus souvent, en effet, l'influence menstruelle se traduit par des phénomènes vésicaux nuls ou peu accusés. C'est une légère et presque indolore irritabilité vésicale qui multiplie tout simplement la miction. Puis, cette fréquence disparaît avec les règles qui lui ont donné naissance.

La suppression des cautérisations utérines a suffi chez ma première malade pour guérir la cystalgie. Quant à la seconde, elle a été manifestement soulagée par la saignée du col, sans que pourtant chez elle la douleur ait jamais entièrement disparu par ce moyen. L'âge critique amènera-t-il la guérison définitive? Il est

permis de l'espérer, mais non d'être absolument affirmatif sur ce point. Civiale, Barié, Guyon, pour ne citer qu'eux, nous ont, en effet, montré que la cessation des règles est parfois susceptible d'entraîner des congestions tenaces du côté des organes pelviens, notamment de la vessie. C'est là ce qui m'empêche de promettre avec certitude à cette malade la guérison qu'elle attend impatiemment de la ménopause.

M. Davezac. Je voudrais dire à M. Loumeau les réflexions que m'a suggérées sa très intéressante communication.

Les troubles douloureux observés chez sa seconde malade au moment des règles ont été amendés par l'application de sangsues sur le col utérin. M. Loumeau ne croit-il pas qu'il y ait autre chose à faire que de revenir chaque mois à la saignée locale de la matrice?

M. Loumeau. La saignée m'a paru être le moyen le plus rationnel, le plus efficace et le plus simple. J'avoue toutefois que je suis prêt à en employer un autre s'il doit être meilleur, et je serais très reconnaissant à M. Davezac de bien vouloir me donner son avis à ce propos.

M. Davezac. Je ne sais pas si j'ai bien saisi tous les détails contenus dans la deuxième observation du travail de M. Loumeau, mais il me semble que l'état de l'appareil génital chez cette malade n'a peut-être pas été décrit et défini d'une manière très complète. Si c'est ma mémoire qui m'a fait défaut, que M. Loumeau veuille bien me donner satisfaction en rappelant les détails qui peuvent m'avoir échappé. En second lieu, au sujet des traitements applicables à la décongestion de l'utérus, partant, à la diminution des troubles vésicaux concomitants, je citerai entre autres les pointes de feu sur le col et la colonne vertébrale, les vésicatoires hypogastriques. Je crois que l'effet de cette médication eût été plus durable que celui des sangsues, qu'en tout cas ces agents mériteraient d'être essayés.

M. Loumeau. La malade dont parle M. Davezac est une

pluripare qui a fait, il y a quelques années, une fausse couche compliquée de pelvipéritonite. Il est plus que probable que cet accident a laissé à sa suite un peu de métrite ou d'engorgement utérin et de salpingite gauche. Quoi qu'il en soit, depuis la fausse couche en question, la situation génito-urinaire de cette femme est la suivante : dans l'intervalle des règles, aucun trouble ni du côté de la matrice ni du côté de la vessie; l'exploration pratiquée à ce moment révèle seulement une légère douleur à la pression au niveau de la trompe gauche, un col utérin un peu volumineux, mais non abaissé, non érodé, ne donnant issue à aucun liquide pathologique, enfin des culs-de-sac souples et indolents; quant à la vessie, elle est absolument normale. Lorsqu'au contraire arrivent les règles, nous voyons éclater les désordres vésicaux si douloureux dont j'ai parlé et pour lesquels seuls j'ai été consulté. En même temps, l'on constate de la pesanteur dans le bas ventre, des tiraillements dans les reins. Enfin, le col, très congestionné, est rénitent, fortement descendu et bien ouvert. Ces troubles me paraissant être d'ordre purement congestif, il m'a semblé tout indiqué, devant l'insuffisance des autres traitements jusqu'alors mis en œuvre, de décongestionner directement l'utérus par une application locale de sangsues. Un amendement immédiat se produit dans la cystalgie à la suite de ce traitement; cette modification juge donc incontestablement et la nature congestive de la lésion et l'efficacité de la thérapeutique employée, que j'avais l'intention de continuer jusqu'à l'arrivée, prochaine apparemment, de la ménopause.

Je suis prêt cependant à utiliser les révulsifs sur le rachis que me conseille M. Davezac et qui ont été appliqués déjà dans des circonstances analogues, mais avec des résultats très divers. J'ajoute que si, d'ici quelque temps, l'état vésical ne s'améliore pas davantage entre mes mains, je ferai hommage de cette malade à un de nos confrères gynécologues, qui voudra bien se charger de donner à l'utérus et aux annexes dont il

s'agit les soins plus spéciaux, qui ne sont pas de ma compétence.

M. Davezac. Étant maintenant éclairé sur le cas de la seconde malade de M. Loumeau, je passe à celle qui fait l'objet de sa première observation. Cette femme montre nettement combien sont parfois nuisibles certains traitements qu'autrefois on employait à peu près exclusivement et dont le moindre défaut est d'être tout à fait inutiles. Je veux parler des cautérisations du col utérin au nitrate d'argent qui furent si peu favorables à la première malade de notre collègue. Cette observation m'en rappelle une autre que je demande la permission de présenter à la Société.

Il s'agissait d'une femme, souffrant depuis longtemps déjà du bas ventre, impotente, dysménorrhéique et que son médecin, fidèle aux vieilles traditions thérapeutiques, se contentait de condamner aux bains, au repos, aux cataplasmes, aux émollients de toute nature. Devant l'inefficacité de ce traitement, l'on invoqua mon avis. Un examen plus approfondi me révéla une hématosalpinx qui, après consultation chirurgicale provoquée à son occasion, fit momentanément instituer un traitement que devait bientôt compléter une intervention opératoire plus active. L'opération de l'hématocèle rétro-utérine, pratiquée par la paroi vaginale postérieure, marcha très bien. Un grand soulagement s'ensuivit dans l'état de la malade qui, toutefois, ne se sentait pas entièrement dégagée. Dans le flanc gauche, une masse douloureuse persistait encore, pour laquelle l'on dut recourir à la laparotomie. On tomba sur un caillot persistant, résidu de l'hématocèle dont la partie liquide avait été retirée par le vagin. Évacuation, lavage, drainage avec une mèche de gaze iodoformée, pansement. Quelques jours après, la malade fut prise de fièvre, d'état général mauvais. J'invitai alors M. Demons à venir revoir son opérée. La mèche de gaze fut retirée, suivie d'une notable quantité de pus, au milieu duquel apparurent des pépins de raisin trahissant une ouverture de l'intestin, actuellement refermée. Le foyer une fois désinfecté, la guérison se fit sans encombre.

Si la première malade de M. Loumeau nous démontre que les cautérisations du col sont parfois intempestives, celle dont je viens de parler prouve à son tour que ce moyen et les autres analogues sont presque toujours insuffisants et ne valent rien à côté d'un examen très approfondi de l'utérus et des annexes.

Sur une épidémie de chancres mous qui a sévi à Bordeaux dans le premier semestre de cette année.

M. W. Dubreuilh lit le travail suivant :

On sait que d'une façon générale le chancre mou est en décroissance depuis un certain nombre d'années, tandis que la syphilis est plutôt en voie d'augmentation.

Le fait est surtout net à Paris, où les anciennes statistiques, dans lesquelles la distinction des deux chancres est nettement faite, montrent une prédominance considérable du chancre mou sur le chancre dur. Depuis lors, la proportion s'est graduellement renversée.

Il en a été à peu près de même à Bordeaux et, dans les dernières années, les chancres simples étaient relativement peu fréquents, mais dans le premier semestre de cette année il s'est fait un brusque accroissement, au point que, chez les hommes, les chancres simples représentent plus du quart des entrées. La fréquence des chancres syphilitiques étant restée la même, la coïncidence des deux lésions a pu se faire plus souvent et j'ai pu voir une demi-douzaine de chancres mixtes.

Notre statistique porte sur deux années : 1^o du 1^{er} août 1891 au 1^{er} août 1892 (donne la moyenne des entrées et des affections traitées en temps ordinaire à l'hôpital); 2^o du 1^{er} août 1892 au 1^{er} août 1893 (comprend l'épidémie de chancres mous que nous avons observée cette année).

Hommes. — Du 1^{er} août 1891 au 1^{er} août 1892, les entrées s'élèvent à 612; voici les affections traitées :

Chancres mous et bubons	118
Syphilis primaire	73
Syphilis secondaire.....	150
Syphilis tertiaire.....	26
Blennorrhagie	310
Affections diverses	41
	718

Du 1^{er} août 1892 au 1^{er} août 1893, les entrées sont de 679, qui se répartissent de la façon suivante :

Chancres mous et bubons.....	250
Syphilis primaire ..	61
Syphilis secondaire.....	157
Syphilis tertiaire.....	28
Blennorrhagie	343
Affections diverses	30
	869

Ces deux statistiques comparées montrent que, en 1893, l'hôpital Saint-Jean a reçu 67 malades de plus que l'année précédente et que les affections traitées ont dépassé de 151 la moyenne ordinaire.

Cette augmentation a porté sur les chancres mous, la moyenne des autres maladies vénériennes restant à peu près stationnaire; elle a commencé à se faire sentir en janvier dernier et a atteint son maximum en mars, avril, mai et juin. D'ailleurs, pour bien faire sentir cette invasion de lésions chancrelleuses, nous donnons le tableau comparatif de ces affections traitées de janvier à août 1892 et de janvier à août 1893.

	1892	1893
Janvier.....	15	16
Février.....	6	17
Mars.....	12	32
Avril.....	10	28
Mai.....	11	50
Juin.....	9	36
Juillet.....	8	35
	71	214

mfD. 1893

39

En sept mois, nous avons donc eu cette année 143 lésions chancrelleuses de plus qu'en les mêmes sept mois de l'année précédente.

Femmes. — Les mêmes faits s'observent chez les femmes, quoique d'une façon moins frappante, ainsi qu'en témoigne le tableau suivant, qui montre le mouvement des malades dans le service de mon collègue M. de Chappelle.

Du 1^{er} août 1891 au 1^{er} août 1892, les entrées s'élèvent à 339; les affections traitées se divisent ainsi :

Chancres mous et bubons	41
Syphilis primaire	15
Syphilis secondaire.....	155
Syphilis tertiaire.....	11
Blennorragie	113
Affections diverses	25
	380

Du 1^{er} août 1892 au 1^{er} août 1893, il y a eu 309 entrées; les affections traitées se divisent en :

Chancres mous et bubons	79
Syphilis primaire	13
Syphilis secondaire.....	111
Syphilis tertiaire.....	8
Blennorragie	112
Affections diverses	32
	355

Il y a eu cette année 30 malades de moins que l'année précédente, mais cependant le nombre de lésions chancrelleuses a été en excédent de 38 sur celui de 1892 et cet excédent a porté (comme chez les hommes) sur les mois de février, mars, avril et juin. L'épidémie a sévi presque uniquement sur les filles inscrites; les autres, qui cependant exercent presque toutes la prostitution clandestine, n'ont presque pas été atteintes; elle a fait son apparition en même temps et chez les hommes et chez les femmes, de sorte qu'il ne m'a pas été possible de déterminer son point de départ.

Il est difficile de donner une explication de ces faits, je me borne à les signaler; mais il faut remarquer que cette épidémie pourrait bien ne pas se limiter à la population de l'hôpital Saint-Jean. On sait qu'en général le chancre simple appartient aux classes inférieures de la société et ne se voit presque jamais dans les classes supérieures, qui n'ont que le chancre dur, le chancre aristocratique. On conçoit cependant qu'une épidémie comme celle-ci puisse déborder sur les classes supérieures; pour ma part, j'ai eu dans ces derniers mois l'occasion de voir dans mon cabinet plusieurs cas de chancre simple, ce qui ne m'était pas arrivé avant cette année. Je serais heureux de savoir si mes collègues de la Société de Médecine ont fait la même observation et si eux aussi ont pu constater l'apparition ou l'augmentation du chancre simple dans leur clientèle.

M. Venot. Les remarques que vient de nous exposer M. W. Dubreuilh confirment celles que j'ai faites moi-même depuis la moitié de l'année dernière. J'ai noté une fréquence excessive de chancres mous, mais dans des conditions différentes de celles où observe M. W. Dubreuilh. Notre collègue a eu surtout affaire à la classe inférieure de la société, tributaire de l'hôpital Saint-Jean, classe dont le chancre mou est ordinairement l'apanage. De mon côté, c'est dans la catégorie des gens du monde, auxquels échoit d'habitude le chancre dur, le chancre aristocratique, comme on l'a appelé, que j'ai également relevé une véritable bouffée de chancres mous. Autrefois, j'étais surpris de voir signalée dans les statistiques la diminution très grande du chancre mou à Paris et à Lyon, tandis qu'à Bordeaux cette diminution n'existait pas. Cette anomalie me semblait bizarre. Mais, peu à peu, semblable particularité nous est apparue à Bordeaux, il y a trois ans, et, de nouveau, depuis quinze à dix-huit mois. J'avoue que je suis fort embarrassé pour expliquer le pourquoi de cette

alternance dans la pénurie et l'abondance des chancres mous. Cela, d'ailleurs, n'est pas particulier au chancre mou. La gale, elle aussi, subit par moments de ces poussées d'apparition après des phases de disparition plus ou moins prolongées. Quant à la cause de ces particularités, elle m'échappe absolument.

M. W. Dubreuilh. Je suis bien aise d'apprendre que M. Venot a noté dans les classes supérieures ce que j'ai moi-même remarqué dans la clientèle toute différente de l'hôpital. Cela démontre bien qu'il y a en ce moment une sorte d'épidémie générale de chancres mous, de même qu'il y a par périodes, je l'ai constaté comme M. Venot, de véritables épidémies de gale.

La séance est levée.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal,

M. Gellie. A la suite de la dernière communication de M. W. Dubreuilh, j'ai fait des recherches statistiques qui m'ont donné, relativement à la gale observée au Fort-du-Hâ, des résultats identiques à ceux enregistrés par notre collègue. Il y a quatre ans, le chiffre des galeux soignés à la prison s'élevait à 189; cette année j'en ai seulement compté 45. Je crois devoir attribuer cette importante amélioration aux progrès hygiéniques réalisés dans notre établissement pénitentiaire, où la contagion est devenue beaucoup moins facile. D'autre part, des améliorations parallèles ont dû se produire dans l'hygiène des autres villes d'où arrivent les vagabonds de toute sorte qui peuplent la prison de Bor-

deaux. Ils y entrent moins malpropres, y trouvent un milieu plus confortable qu'autrefois; double raison qui me semble expliquer suffisamment les résultats satisfaisants que je suis heureux de noter comme mes collègues MM. W. Dubreuilh et Venot.

M. Méneau. J'ai fait moi-même quelques recherches bibliographiques à la suite de la présentation de M. W. Dubreuilh. Les résultats de MM. W. Dubreuilh et Venot se trouvent confirmés par M. Charles Mauriac, pour qui ces variations dans la fréquence du chancre mou sont dues à la négligence plus ou moins grande dans le Service médical de la prostitution.

M. Venot. En réponse aux observations de M. Gellie, je dirai que l'augmentation numérique des chancres mous est une augmentation absolue qui n'a aucun rapport avec le nombre des chancres durs, resté sensiblement stationnaire. Il y a une vingtaine d'années, la proportion à établir entre le chiffre des chancres durs et celui des chancres mous était comme 5 est à 20. Depuis quelques années, cette proportion s'est trouvée renversée et l'on pouvait dire que le nombre de chancres mous était à celui des chancres durs comme 5 est à 20. Actuellement, nous constatons un nombre beaucoup plus considérable de chancres mous que de chancres durs, mais dans une proportion que je ne puis fixer. Ce sont là des modifications toutes passagères que je ne puis expliquer par des modifications hygiéniques, pas plus que par une direction plus ou moins sévère du Service médical.

M. W. Dubreuilh. Je partage entièrement l'opinion de M. Venot au sujet de la fréquence des chancres durs et des chancres mous. Les chancres durs n'ont pas sensiblement diminué. Au commencement de cette année, j'ai pu en réunir au même moment une douzaine à l'hôpital Saint-Jean. Ce qui seul a changé, c'est le nombre des chancres mous; considérablement augmenté. L'explication de ces bouffées subites ne saurait être trouvée dans les variations hygiéniques. De même, je n'ai pas vérifié l'assertion émise par Tommasoli (de Modène),

qui prétend que les chancres mous sont plus fréquents en automne. La cause de ces faits me semble être étrangère à l'hygiène et à la surveillance médicale. On a déjà signalé des poussées de gale à la suite des grands mouvements de troupe (Amérique, Allemagne). Faut-il incriminer, pour rendre raison de l'augmentation numérique actuelle des chancres mous, le passage dans nos murs des troupes du Dahomey? Si pareilles influences pouvaient être mises en ligne de compte à l'endroit des chancres, elles ne seraient pour rien dans la diminution de la gale.

Calculs enchatonnés de la vessie.

M. Pousson lit le travail suivant :

Les calculs enchatonnés de la vessie sont rares, leur diagnostic est souvent difficile et les indications thérapeutiques qu'ils réclament n'ont été nettement formulées que dans ces dernières années. Pour toutes ces raisons, le fait suivant me paraît mériter de vous être rapporté. Il vous intéressera d'autant plus, je l'espère, qu'entre les points communs qu'il présente avec les cas analogues déjà publiés, il offre certaines particularités qui lui sont propres.

M. de G..., soixante-treize ans, ingénieur en retraite, a jusqu'à ces derniers temps joui d'une bonne santé; depuis quelques semaines et bien qu'il ait de l'œdème des membres inférieurs, des râles humides aux deux bases des poumons, un peu de gêne de la respiration, l'auscultation attentive du cœur ne révèle aucun signe d'affection de cet organe, l'examen des urines au point de vue de l'albumine est négatif, rien du côté du foie et des autres viscères. En ce qui concerne l'appareil urinaire : pas de blennorrhagie, jamais de sable dans les urines, jamais de coliques néphrétiques.

Devenu prostatique il y a une dizaine d'années, M. de G... se sonde régulièrement depuis cette époque et à deux reprises il a brisé une de ses sondes dans sa

vessie; le premier fragment a été extrait par M. le professeur Guyon il y a cinq ou six ans, le second par un médecin de Versailles, il y a deux ans.

Vers la fin du mois de juin de cette année, à la veille d'une saison à Capvern, il a commencé à éprouver des envies d'uriner plus fréquentes et impérieuses, en même temps que des douleurs très violentes à la fin de la miction, lorsqu'il ne se servait pas de la sonde; ses urines, à peu près claires jusqu'alors, sont devenues troubles, laissant déposer une couche épaisse, gélatiniforme, mais sans traces de sang; les hématuries ont, en effet, toujours manqué et le malade n'a pas remarqué que la marche, la voiture augmentassent ses douleurs et provoquassent le besoin d'uriner.

Mon ami le Dr Rabère, consulté à ce moment, sonde le malade et reconnaît l'existence d'une concrétion calcaire dans la vessie. Il veut bien me faire appeler le 9 juillet pour opérer son client.

Un explorateur à boule n° 18 est conduit, sans révéler le moindre obstacle, dans l'urètre jusqu'au col de la vessie; mais, à son entrée dans le réservoir, il rencontre un calcul, dont l'existence se traduit par une sensation très nette de frottement rude. Ce calcul est enclavé dans le col, et la boule de l'explorateur passe au-dessus de lui avant de se dégager dans la vessie; il me semble cependant mobilisable et susceptible d'être repoussé dans la vessie.

Le malade et sa famille, appréhendant les dangers d'une intervention sanglante, me prient de faire tout mon possible pour extraire le corps étranger par la lithotritie. Comme je crois le calcul mobilisable et comme l'état de santé de M. de G..., quoique non parfait, ne me paraît cependant pas contre-indiquer la lithotritie, je me décide à cette dernière opération.

Le malade est endormi sans la moindre difficulté par mon excellent confrère le Dr Gorry (de Saint-Laurent).

Lavage de l'urètre et de la vessie à la solution de nitrate d'argent au $\frac{1}{100}$. Injection de 200 grammes de la solution boriquée dans la vessie. Lithotriteur à mors

plats, n° 1 et demi, pénètre aisément dans la vessie et rencontre aussitôt le calcul; j'ai cependant quelque difficulté à le saisir et je n'y parviens qu'en retournant les mors complètement en bas et en maintenant la branche mâle au contact du col. Une fois saisi, il se brise sans effort par la simple pression sans qu'il soit besoin d'avoir recours à la vis. Le broiement est rapide, en moins de douze minutes je ne trouve plus de fragments, mais je sens derrière la prostate, en relevant fortement la poignée de mon instrument de manière à ce que les mors plongent dans le bas-fond de la vessie, un frottement, indice certain de la présence d'une concrétion que je ne peux arriver à déloger et que je gruge aussi complètement que possible en la grattant avec mon lithotriteur. L'aspiration, qui se fait très aisément, donne issue à la moitié d'une cupule de fines poussières blanchâtres avec quelques menus fragments. Je termine l'opération par un lavage au nitrate d'argent.

En retirant la sonde en gomme qui a servi à faire ce lavage, j'éprouve encore la sensation d'un frottement. Comme dans tout le cours de mon opération j'ai manœuvré au voisinage immédiat du col, le malade a saigné assez abondamment, aussi pour éviter la rétention d'urine par caillots ou par engagement des fragments que je crois laisser dans la vessie, je mets une sonde à demeure.

Le malade se réveille tranquillement; il est un peu fatigué dans la journée par le chloroforme, mais il ne souffre pas du côté de la vessie et la sonde fonctionne très bien. Pas de fièvre.

Les jours suivants, tout se passe également très bien. Le malade n'a pas d'élévation de température. Les urines se décolorent et s'éclaircissent très rapidement; des lavages boriqués, pratiqués deux fois par jour, aident à cette modification.

Le troisième jour, la sonde à demeure est supprimée et le malade reprend ses sondages habituels. Il se lève le huitième jour.

Mon confrère Rabère l'explore le dixième jour avec

l'explorateur métallique et, contre son attente, il ne trouve pas de concrétion.

Pendant huit semaines, M. de G... n'éprouve plus aucun symptôme du côté de la vessie, ses urines sont plus claires qu'avant l'opération et il se croyait complètement débarrassé de tout calcul, lorsque dans les premiers jours de septembre il commença à avoir des envies plus fréquentes d'uriner, les mictions devinrent douloureuses, accompagnées de douleurs terminales et les urines se troublèrent, mais ne renfermèrent pas de sang.

Mon confrère Rabère, de nouveau appelé, explorant la vessie et trouvant un calcul situé près du col et à gauche, réclama pour la seconde fois mon concours. Comme lui, je constate la présence d'un calcul placé immédiatement en arrière du col et un peu à gauche, mais je ne peux arriver à le saisir avec le lithotriteur qui me sert à cette exploration.

Me rappelant les difficultés que j'ai eues lors de ma première opération et soupçonnant l'existence d'un enchatonnement vrai ou tout au moins d'un enclavement dans le sinus rétro-prostatique, je demande au malade et à ses parents, qui veulent encore que l'on tente la lithotritie, l'autorisation de pratiquer la taille si je ne puis parvenir à faire un broiement complet.

Le malade est endormi et après lavage nitraté de la vessie et injection de 250 grammes de solution boricuée, un lithotriteur à mors plats, n° 1 et demi, est introduit. Je rencontre de suite le calcul, mais il m'est impossible de l'embrasser dans mes mors et de l'y saisir. Sans prolonger davantage ces tentatives infructueuses, je me décide à pratiquer la cystotomie sus-pubienne. Ballon de Pétersen, 300 grammes. Injection vésicale de 420 grammes. Le globe vésical ne se dessine pas à l'hypogastre et je ne le sens pas à travers la paroi abdominale, cependant assez mince.

Je dois ici mentionner deux circonstances qui ne laissèrent pas que de me préoccuper et me rendirent très prudent dans cette opération ordinairement si

simple. Le malade ayant eu quelques années auparavant un phlegmon sous-péritonéal consécutif à la perforation de l'intestin par un corps étranger (arête de poisson) qu'il avait ingéré, portait deux cicatrices un peu à droite de la ligne blanche et à trois travers de doigt du rebord du pubis; de plus, il avait une forte pointe de hernie inguinale du même côté. Pour ces raisons, je craignais que le cul-de-sac péritonéal fût abaissé et que des adhérences ne m'empêchassent de le relever. Mes craintes, comme on va le voir, étaient vaines, bien que certaines modifications eussent été apportées dans l'aspect et la nature même des tissus et organes de la région.

En effet, la peau incisée, je ne trouve pas la couche graisseuse sous-cutanée, qui ne disparaît jamais complètement, même chez les sujets les plus émaciés, et je tombe de suite sur la ligne blanche. Cette aponévrose sectionnée sur la sonde cannelée, je ne vois pas les muscles droits qui sont très écartés l'un de l'autre et je ne rencontre pas non plus la graisse jaune sous-péritonéale. Comme la vessie, malgré les 420 grammes de liquide injecté dans son intérieur, ne fait aucun relief au fond de la plaie, j'ai quelque hésitation à la reconnaître et je ne suis convaincu que c'est bien elle que j'ai sous mon doigt qu'en augmentant sa tension par l'introduction d'un supplément de 60 grammes de liquide. Je l'incise alors et un flot de liquide qui s'en échappe me montre que je ne me suis pas trompé. Les deux lèvres de l'incision étant suspendues et écartées par un fil, j'introduis mon doigt dans la cavité vésicale et l'explore. Tout d'abord, je ne rencontre que quelques débris résultant du *mouchage* du calcul, mais bientôt je trouve une surface rugueuse à peine saillante dans la vessie, mais qui se prolonge dans l'épaisseur de ses parois; c'est un calcul enchatonné dans une cellule. L'orifice de la cellule mesure à peine un centimètre de diamètre et ses lèvres sont fortement appliquées sur la pierre; cependant, avec l'ongle de mon index, j'essaie de les en séparer et de dilater l'entrée; je m'aide égale-

ment pour cela du mors d'une longue pince à forci-
 pressure que j'introduis entre le calcul et le rebord de
 l'orifice. J'obtiens de cette manière, mais avec beaucoup
 de peine, une certaine dilatation qui me permet de
 conduire, l'une après l'autre, sur les flancs du calcul,
 les branches d'une pince que j'articule ensuite à la
 manière des branches du forceps. Cette pince en place,
 j'exerce quelques mouvements de traction sur le calcul
 sans le serrer fortement; malgré cette précaution, il se
 brise. Les fragments se répandent dans la cavité vési-
 cale, mais il reste dans la cellule un fragment volumi-
 neux qui représente à peu près la moitié de l'ensemble
 du calcul. J'ai encore beaucoup de peine à extraire ce
 fragment, en raison de l'étroitesse de l'orifice de la cel-
 lule qui semble doué de contractilité et s'être rétracté.
 Ayant enfin réussi à le déloger, je le retire de la vessie.
 Je lave alors à grande eau le réservoir et introduisant
 une sonde en gomme dans la cavité même de la cellule,
 j'en chasse complètement les menus débris et les pous-
 sières. Après avoir procédé ainsi à la toilette de la
 vessie et de son diverticule, je place le tube de Guyon-
 Périer, je suture par place les tissus au-dessus et au-
 dessous de lui et j'applique le pansement.

Les suites furent des plus simples. Le malade n'eut
 pas la plus petite élévation de température; les tubes
 fonctionnèrent parfaitement et lorsque le Dr Rabère
 défit le pansement le deuxième jour, il le trouva à
 peine humide. Le cinquième jour, il enleva les tubes et
 mit une sonde à demeure qui n'est laissée que quarante-
 huit heures. La plaie hypogastrique se ferma très
 rapidement et le douzième jour sa cicatrisation était
 complète.

Les débris de la première partie du calcul opéré
 par la lithotritie que je vous présente pèsent 2 gram-
 mes; ils sont blanchâtres, friables et constitués par
 des phosphates. Les fragments de la seconde partie,
 obtenus par la cystotomie, se composent de deux por-
 tions : l'une formée des débris résultant de l'écrase-

ment par la pince, l'autre constituée par un volumineux morceau représentant près de la moitié du calcul enchatonné. Il est formé de couches concentriques de phosphates et offre cette particularité très remarquable de présenter au centre une cavité ou géode renfermant les débris très menus d'une des sondes que le malade a autrefois brisée dans sa vessie.

L'observation que je viens de vous rapporter dans tous ses détails pourrait être résumée ainsi : calcul enchatonné saillant par moitié dans la cavité vésicale ; broiement dans une première séance de la portion libre ; extraction dans une seconde séance de la portion enchatonnée.

Les constatations faites au cours de ma première lithotritie, jointes à celles de ma dernière tentative de broiement et surtout l'examen direct de la situation du calcul que j'ai pu faire après la cystotomie, me permettent maintenant de mettre en lumière les circonstances qui ont rendu ma première intervention, pourtant si laborieuse, insuffisante et d'expliquer l'évolution des symptômes offerts par le malade que l'on put croire complètement débarrassé de son calcul pendant plus de deux mois.

La concrétion dans son intégrité avait la forme d'une cornue, dont le renflement était renfermé dans la cellule vésicale, tandis que le col incliné vers l'embouchure de l'urètre à la vessie s'insinuait en partie dans le canal prostatique. C'est cette portion que tous mes instruments (explorateur à boule, explorateur de Guyon, lithotriteur) rencontraient à leur entrée dans le réservoir et que je pris en raison de son immobilité pour des incrustations du col de la vessie. Dans l'impossibilité où je fus de la déplacer et de la saisir franchement entre les mors de mon lithotriteur, je dus me contenter de la gruger péniblement. La portion saillante du calcul ainsi usée jusqu'au niveau des

bords de la cellule, je pus croire le malade débarrassé de ses concrétions avec d'autant plus de raison que l'aspiration me donna une assez grande quantité de débris et que les lèvres de la cellule, se resserrant vraisemblablement sur le fragment enchatonné, l'enkys-taient complètement et le dissimulaient à la recherche de mes instruments.

La disparition de tous les symptômes subjectifs précédemment éprouvés par M. de G... vint d'ailleurs s'ajouter à ces signes négatifs pour donner l'illusion d'un débarras complet de la vessie et pendant plus de deux mois le malade put se croire guéri. C'est, en effet, le propre des pierres enchatonnées de ne donner lieu à aucun des phénomènes si caractéristiques de l'affection calculeuse de la vessie ou de n'en présenter qu'une ébauche qui passe souvent inaperçue du malade et du médecin. Ce ne fut que lorsque de nouvelles couches phosphatiques déposées à la surface du fragment méconnu, eurent reproduit sa portion saillante, que les douleurs, les fréquences des mictions, les altérations de l'urine reparurent.

Instruit par les difficultés éprouvées lors de ma première intervention, on a vu par la lecture de mon observation que je n'hésitai pas cette fois, sinon à porter le diagnostic ferme de calcul enchatonné, du moins à reconnaître que seule l'ouverture de la vessie était indiquée dans ce cas. Les tentatives de broiement, que je fis encore pour me rendre au désir du malade et de sa famille, ne firent que me confirmer dans cette opinion.

La taille résolue, il me restait à choisir entre les divers procédés dont dispose la médecine opératoire ; ici encore, mon hésitation ne fut pas de longue durée. M'appuyant sur des recherches antérieures, qui firent l'objet d'un mémoire que je présentai à la Société de Chirurgie de Paris en 1885 et dont le rapporteur

M. Ch. Monod voulut bien ratifier les conclusions, j'optai pour la taille sus-pubienne. Dans ce mémoire, en effet, après avoir étudié l'anatomie pathologique des pierres enchatonnées et avoir insisté plus particulièrement sur la constitution de la cellule qui les loge, j'ai démontré que la taille hypogastrique est la seule qui permette d'exécuter aisément et sans danger les manœuvres presque toujours longues et délicates que nécessite l'extraction de cette variété de calcul. Depuis, un certain nombre d'observations sont venues s'ajouter aux faits sur lesquels je m'appuyais alors pour démontrer la supériorité de la taille haute et l'histoire de mon malade vient grossir ce contingent.

J'avais rédigé l'observation que je viens de vous lire et les quelques réflexions qui l'accompagnent, lorsque j'ai eu occasion depuis de pratiquer une nouvelle cystotomie sus-pubienne pour des calculs enclavés dans le sinus rétro-prostatique. Se présentant dans des conditions différentes des calculs inclus dans une cellule de la vessie, ces calculs sont tout aussi difficiles à reconnaître, car l'explorateur introduit dans la vessie peut passer au-dessus d'eux sans les rencontrer. Comme preuve de la difficulté du diagnostic de ces calculs, je vous rappellerai la très intéressante observation que nous a rapportée l'année dernière notre excellent collègue et ami Loumeau de ce malade qui, porteur d'un calcul logé derrière la prostate, fut examiné par plusieurs chirurgiens expérimentés sans qu'on rencontrât le corps étranger.

De même que les calculs véritablement enchatonnés, ces calculs *enclavés* ne sont que justiciables de la taille et de la taille sus-pubienne. Si M. Loumeau, après avoir reconnu la présence de la pierre chez son malade, réussit à la saisir et à l'extraire sans difficulté par la taille périnéale, c'est qu'il eut l'heureuse inspiration de fendre la prostate verticalement

comme dans la taille médiane. De la sorte, il ouvrit la paroi antéro-inférieure de la loge rétro-prostatique et y fut directement conduit. Il est probable que s'il eût incisé la prostate suivant ses deux diamètres obliques, comme dans la taille bilatérale de Dupuytren, il eût éprouvé de grandes difficultés, même avec des tenettes courbes, à saisir le calcul. Il est arrivé à des opérateurs, habiles, non seulement de ne pouvoir extraire par la taille périnéale des calculs logés derrière la prostate, mais même de les méconnaître. M. Ch. Monod, dans son rapport sur mon travail, cite un bel exemple de calcul ayant ainsi échappé à un chirurgien distingué, et les publications périodiques en contiennent un grand nombre d'autres.

La taille sus-pubienne met sûrement à l'abri de ces mésaventures ; elle permet de reconnaître les calculs les plus cachés et, par la voie large et directe qu'elle ouvre, elle rend leur extraction toujours possible. Si j'ajoute que son manuel opératoire est simple, qu'elle n'exige qu'un appareil instrumental peu complexe, qu'à la rigueur on peut l'exécuter avec ses instruments de trousse et qu'enfin, sa gravité est bien au-dessous de celle des tailles périnéales, j'aurai, je pense, démontré la supériorité de la taille haute sur tous les autres procédés d'ouverture de la vessie pour le traitement des calculs enchatonnés.

Voici, en quelques mots, l'observation de mon second malade que j'ai opéré il y aura demain huit jours.

M. K..., soixante-cinq ans, a été opéré de la lithotritie à deux reprises ; la première fois il y a trois ans, la seconde il y a deux ans. Je lui ai broyé la première fois un calcul mesurant trois centimètres de diamètre, composé d'un noyau uratique recouvert d'une épaisse couche phosphatique. Cette première opération a été relativement facile, il n'en a pas été de même de la seconde. L'irritabilité excessive de la vessie enflammée

m'obligea à opérer à peu près à sec et ce ne fut qu'aux prix de manœuvres longues et laborieuses que je parvins à obtenir le débarras probable de la vessie. Je dis probable, car dans les jours qui suivirent, M. K... ne me permit pas de vérifier s'il existait encore des fragments dans sa vessie. En prévision de ces difficultés opératoires, j'avais du reste proposé la taille, mais le malade ni son entourage ne voulurent entendre parler de l'opération sanglante.

Les suites de cette deuxième intervention furent aussi simples que l'avaient été les suites de la première. Pendant plus d'un an et demi, M. K... put se croire guéri, mais dans le courant de l'été dernier il fut repris d'envies fréquentes d'uriner, de douleurs à la fin des mictions, de purulence des urines qui, notons-le en passant, ne furent pas plus que les premières fois jamais sangui-nolentes. L'exploration de la vessie avec la tige à boule me révéla dès ce moment la présence d'un calcul. Des circonstances particulières m'obligèrent à cacher au malade le résultat de mon exploration et à renvoyer l'opération au commencement de ce mois (novembre); je pus instruire M. K... de la récurrence de son affection et je crus devoir l'engager à se laisser pratiquer la taille. Il s'y refusa d'abord, mais finit par y consentir.

Je lui ai pratiqué la cystotomie sus-pubienne d'après les règles ordinaires, samedi dernier 18 novembre. La vessie, bien que s'étant laissée dilater facilement sous le sommeil chloroformique, avait des parois extrêmement épaisses, mesurant plus d'un centimètre; leur coupe rappelait ainsi celle du tissu utérin. Mon doigt introduit dans le réservoir y rencontra de suite deux calculs libres à facettes, rappelant par leur forme et leur volume les os cunéiformes du tarse et que je n'eus pas de peine à extraire en me servant de longues pinces hémostatiques, beaucoup plus commodes, selon moi, que les tenettes. Ces deux calculs extraits, j'en découvris d'autres enclavés derrière la prostate et que j'eus quelque difficulté à mobiliser et à dégager en me servant à cet effet de mon doigt et de la branche d'une

pince. Une fois mis en liberté, ces calculs sont extraits de la vessie avec la même aisance que les premiers. Ils sont au nombre de trois et sont aussi cunéiformes.

La vessie débarrassée est lavée à l'eau boriquée; les tubes de Guyon-Périer sont installés; les différents plans de la plaie sont suturés étage par étage au-dessus et au-dessous d'eux; pansement à la gaze et à l'ouate.

Jusqu'à aujourd'hui, les suites ont été des plus régulières; la plus haute température observée a été de 37°5 le surlendemain de l'opération; le malade, à l'heure qu'il est, peut être considéré comme guéri.

Extraction des osselets de l'ouïe dans l'otorrhée.

M. Moure lit le travail suivant :

L'otorrhée, ou otite moyenne suppurée chronique, est une des affections de l'oreille contre laquelle on a prescrit les traitements les plus nombreux et les plus variés. Cette intéressante question a maintes et maintes fois servi de discussion aux otologistes et, cette année même à la réunion de la Société française de Laryngologie et d'Otologie à Paris, le traitement de l'otorrhée avait été mis à l'ordre du jour, MM. Polo (de Nantes) et Miot (de Paris) sont venus ⁽¹⁾ successivement exposer les procédés médicaux (Polo) et chirurgicaux (Miot) mis en usage pour combattre une affection souvent rebelle aux traitements les mieux institués et le plus scrupuleusement suivis.

Je ne dirai rien du traitement médical (humide ou sec), car il me faudrait parler de tous les topiques dits antiseptiques, astringents ou caustiques. Presque tous, en effet, ont à leur actif des succès plus ou moins nombreux, mais ils ont aussi leurs insuccès. Je ne citerai que pour mémoire le traitement général qui doit souvent accompagner les applications locales, sans

⁽¹⁾ *Rev. de Laryng.*, n° 16, août 1893.

pouvoir leur être substitué dans aucun cas. Enfin, je ne parlerai de la cure thermique que pour rappeler les mauvais effets de l'air de la mer sur l'oreille suppurante, mauvais effets que, le premier, j'ai déjà signalés en 1888 au Congrès de Bruxelles, où je fus appuyé par la plupart de mes collègues, même ceux exerçant aux bords de la mer. Guye (Amsterdam), Morpurgo (Trieste), etc., chacun d'eux expliquant cet effet nocif d'une manière différente.

Il n'est pas étonnant, du reste, de voir l'inflammation suppurative chronique de la caisse résister souvent à tous les traitements, si l'on songe aux nombreuses saillies et anfractuosités de cette région et aux différentes parties qui constituent l'oreille moyenne. L'otorrhée ne peut être considérée comme une maladie déterminée, toujours identique à elle-même, nécessitant par conséquent une médication qui soit *une*, s'appliquant indistinctement à tous les cas. En effet, il me suffira de rappeler qu'une perforation siégeant en bas et en avant de la membrane, aura toute sorte de chance pour se cantonner à un point du promontoire et guérir rapidement sous l'influence de simples lavages, ou avec un traitement local un peu énergique. Cette lésion antéro-inférieure ne saurait être comparée à une perforation antéro-supérieure et encore moins à une perforation postéro-supérieure, c'est à dire à une altération portant sur cette partie de la membrane tympanique dite *portion flaccide* (membrane de Schrappnell), dont les rapports avec la partie supérieure de la chaîne sont des plus directs et dont la structure, nous le savons, diffère de celle du reste du tympan. Pourrait-on encore comparer une simple perforation avec une lésion osseuse, atteignant telle ou telle partie de l'oreille moyenne, partie dont l'importance variera avec sa situation anatomique? Ce qui revient à dire, comme je le faisais

observer plus haut, qu'il existe des *otorrhées* exigeant chacune un traitement en rapport avec les lésions constatées.

Mon but n'est pas d'envisager successivement les différentes altérations de cette région, ce qui me pousserait beaucoup trop loin et manquerait peut-être d'intérêt dans une simple communication, je veux seulement appeler l'attention de mes confrères sur l'efficacité du traitement chirurgical et en particulier sur l'extraction des osselets dans les *otorrhées* rebelles.

Dans ces dernières années, les otologistes ont cherché eux aussi à faire profiter leurs malades des progrès accomplis en chirurgie. Devenus plus audacieux, beaucoup d'entre nous ont d'abord commencé par racler et curetter la caisse, puis enlever le tympan en partie ou en totalité et, enfin, supprimer les osselets malades d'abord, puis les osselets sains ou les parois de la caisse, pour mieux atteindre les points malades et arriver ainsi à les guérir. Ces tentatives opératoires faites suivant les règles de l'asepsie et de l'antisepsie modernes n'offrent pour ainsi dire aucun danger. Grâce à la cocaïne, elles sont peu ou pas douloureuses, et dans tous les cas, chez les malades pusillanimes, nous avons toujours la ressource d'employer le bromure d'éthyle ou le chloroforme, suivant la durée de l'opération à pratiquer.

Voici, du reste, deux observations choisies parmi plusieurs autres, qui serviront à démontrer l'utilité de l'intervention chirurgicale dans les cas où les autres modes de traitement étaient restés inefficaces.

OBSERVATION I.

Otorrhée ancienne — Extraction du marteau — Guérison.

M. X..., âgé de huit ans, de Malaga (Espagne), vient me consulter pour la première fois au mois de mai 1891

pour un écoulement de l'oreille datant de sa première enfance.

L'enfant est autrement bien portant et n'offre aucune tare héréditaire. Ce qui préoccupe surtout la famille, c'est non seulement la suppuration, mais la fétidité de l'oreille malade. L'ouïe est très affaiblie de ce côté, mais la perception crânienne conservée, le Rinne parfaitement négatif.

A l'examen otoscopique, je trouve un conduit rempli de pus et matières épidermiques, que je me borne d'abord à enlever à l'aide d'injections. Une fois l'oreille bien nettoyée, je trouve un tympan rouge, granuleux, surtout au niveau de la partie inférieure où existent de véritables masses polypoïdes, dont je propose d'abord l'excision. L'opération fut faite quelques jours après; la caisse, parfaitement nettoyée, fut soigneusement lavée et le malade commença alors un traitement par les injections boriquées simples au début, puis alcoolisées. Après un mois de traitement, tout semblant aller pour le mieux, la famille repartit pour Malaga avec une médication à continuer régulièrement d'abord, puis d'une manière intermittente à mesure que l'écoulement diminuerait ou même s'arrêterait. Ce traitement consistait en injections suivies d'instillations astringentes, au nombre desquelles figurait l'alcool boriqué employé pur.

La médication prescrite fut faite par une mère très soigneuse et parfaitement au courant de cette thérapeutique.

Un an après, c'est à dire en 1892, l'enfant me fut reconduit pour juger du résultat obtenu.

Au premier examen, je constatai d'abord la fétidité de la suppuration qui, peu abondante, existait cependant encore. La perforation ovalaire dans le sens antéro-postérieur, située au-devant du manche du marteau, mais un peu au-dessous de cet osselet, était limitée par lui en arrière, laissant le promontoire à découvert. Ce dernier était un peu granuleux près de la partie correspondante à l'extrémité du manche du marteau. Le

bord antérieur de la perforation était parfaitement net et libre. L'air passait librement dans la caisse pendant le Valsalva, ce qui démontrait bien l'intégrité de la muqueuse tubaire au niveau de son orifice externe, c'est à dire dans le point où ce conduit s'ouvre dans la caisse. Curettage de la muqueuse boursouflée et granuleuse, cautérisations chromiques et pansements secs, tel fut le traitement suivi pendant plus de quinze jours sans amélioration marquée. Le *traitement sec irritant la muqueuse*, je dus le supprimer. Lorsque l'enfant partit, il semblait être en bonne voie de guérison et tout nous permettait d'espérer qu'il me montrerait en 1893 une oreille cicatrisée. Néanmoins, il fut convenu avec la mère que le traitement médical (injections et instillations) serait continué pendant plusieurs mois. Ce qui fut fait. Dès cette époque, on essaya de ne plus faire le traitement que trois fois par semaine d'abord, puis deux fois; mais la mère s'aperçut alors que si l'écoulement n'était pas très abondant, la ouate placée à l'entrée du conduit auditif exhalait presque toujours une mauvaise odeur. Elle reprit donc les injections régulières jusqu'au moment où elle me ramena son fils, cette année (1893), à la fin du mois de mai.

A ce moment, le traitement a été suspendu depuis cinq ou six jours pour que je puisse juger du résultat. Le coton du méat est fétide, la caisse remplie d'un peu de pus jaunâtre, épais et fétide, la muqueuse est rouge et je vois encore un petit bourgeon charnu sortant de la partie postérieure de la perforation, en avant de l'extrémité du marteau.

En présence de la ténacité de cette otorrhée, je propose à la famille l'extraction du marteau, qui seul me paraît entretenir la suppuration. On hésita d'abord, me priant d'essayer encore le traitement médical, qui est continué pendant plus d'un mois sans résultat appréciable. La famille se décide alors à laisser pratiquer l'opération, qui est faite le 5 juillet avec le concours de mon confrère le Dr Davezac, qui voulut bien se charger de donner le chloroforme à mon petit malade.

Incision en arrière du marteau depuis la partie postéro-supérieure jusqu'à l'extrémité du manche dont la portion antéro-inférieure est libre dans la perforation qu'il limite en arrière; deuxième incision en avant jusqu'au cadre tympanique, section du tendon du muscle tenseur avec un petit bistouri coudé, en passant par l'incision antérieure. Troisième incision en haut vers le point d'attache du ligament suspenseur de l'osset. Ces différents temps ayant été assez rapidement accomplis, je fais de l'hémostase avec des tampons d'ouate boriquée et essaie de mobiliser le marteau en lui imprimant de petits mouvements latéraux; puis, le saisissant avec un crochet mousse, je le fais basculer et le retire avec la pince à oreille ordinaire. Le marteau enlevé, la caisse étant ainsi largement ouverte par l'ablation d'une partie du tympan en arrière, je fais ensuite un lavage au sublimé (solution au $\frac{1}{1000}$), puis un nettoyage complet que je fais suivre d'un curettage minutieux de tous les points granuleux du promontoire ou des environs de cette saillie. Nouvelle injection tiède; tamponnement à l'ouate boriquée pour bien sécher la caisse, puis insufflation d'iodoforme et pansement à la gaze iodoformée. Lorsque l'enfant se réveille, il se plaint de cuisson et de douleurs assez vives dans l'oreille pendant près de deux heures environ.

Je reviens le voir le soir; les douleurs ont complètement disparu, le pansement est rempli de sang. Je l'enlève avec soin pour faire un nettoyage de l'oreille et replacer un pansement propre, qui est laissé cette fois pendant vingt-quatre heures.

Dès ce moment, toute fétidité de la sécrétion disparaît; cette dernière diminue du reste très rapidement et huit jours après il était facile de voir que l'enfant marchait vers la guérison définitive. Lorsqu'il quitta Bordeaux, au commencement d'août, la muqueuse de la caisse avait repris une teinte blanchâtre et les bords de la plaie étaient depuis déjà longtemps tout à fait cicatrisés. La sécrétion était à peu près nulle et je considérais cette oreille comme définitivement guérie.

Je ferai remarquer en passant que toutes les fois que, chez cet enfant, je reprenais le traitement sec à l'iodoforme, l'acide borique ou l'aristol, la suppuration ou tout au moins la sécrétion de l'oreille augmentait rapidement. Je dus même, après l'opération, cesser ce mode de traitement dès le troisième jour pour recourir aux injections qui m'ont toujours donné, dans ce cas, de meilleurs résultats que les pansements secs. J'ajouterai, en outre, que dans les attouchements faits sur la caisse après l'opération, je provoquais souvent une sensation de piqûre à la langue, ce qui prouvait que la corde du tympan avait été respectée pendant l'opération ou tout au moins n'était pas détruite. Le marteau enlevé était nécrosé jusqu'au-dessus de l'apophyse externe.

OBSERVATION II.

Otorrhée ancienne — Extraction du marteau et de l'enclume — Guérison rapide.

B..., des environs de Bordeaux, âgé de douze ans, m'est conduit par sa mère au mois d'avril 1887 pour un écoulement d'oreille datant de la première enfance, compliqué depuis quelques jours de symptômes mastoïdiens. C'est du côté gauche que siège la lésion. Suppuration fétide, abondante de ce côté, conduit rempli de pus et d'amas épidermiques. Du côté de l'apophyse mastoïde, gonflement marqué, pavillon déjeté en avant, douleurs à la pression, en un mot signes très nets d'une ostéo-périostite de cette région. Le conduit est nettoyé avec soin, débarrassé des détritiques qu'il contient, mais le fond s'éclaire avec difficulté à cause du gonflement de la paroi postéro-supérieure du canal auditif.

Application de pointes de feu à l'apophyse mastoïde, injections boratées dans l'oreille; je recommande à la mère de me reconduire son enfant trois ou quatre jours après, si les symptômes mastoïdiens ne cèdent pas. Dès le lendemain, les douleurs de cette région diminuent, le gonflement reste sensiblement le même, et lorsque

l'enfant m'est de nouveau amené, c'est à dire huit jours après, les phénomènes douloureux ont reparu depuis quatre heures. Je propose alors le débridement de la région mastoïdienne, qui est accepté et pratiqué le lendemain. Large et longue incision en arrière du pavillon de l'oreille jusqu'au périoste, donnant issue à quelques gouttes de pus. Drain dans la plaie, pansement iodoformé; on continue les lavages par le conduit auditif. La plaie marche régulièrement et quinze jours après l'apophyse mastoïde est guérie, le conduit a repris ses dimensions normales, la suppuration de la caisse a beaucoup diminué depuis déjà plusieurs jours; on aperçoit une perforation de la dimension d'une tête d'épingle, occupant la partie antéro-supérieure du tympan, tout à fait en avant de la tête du marteau, au niveau de l'anneau tympanique.

Je cesse ensuite de voir le malade pendant plusieurs mois, car la suppuration a été tarie; il est considéré comme guéri, puis un beau jour, à la suite d'un rhume, s'apercevant que l'écoulement a repris, il fait de lui-même ses injections et voyant qu'il ne peut arriver à se guérir il revient alors me voir, en 1888, vers le mois de février.

Cette fois plus de symptômes mastoïdiens, mais la perforation tympanique persiste; la suppuration est fétide, quoique peu abondante. Lavages de la caisse, grattages de la paroi supérieure qui est nécrosée autour de la tête du marteau, instillation d'alcool boriqué. Sous l'influence de ce traitement, un mieux sensible semble se produire, mais la guérison ne se fait pas. Le malade se soigne pendant quelques mois chez lui, revenant de temps à autre me montrer son oreille qui ne guérit pas.

En 1889, il se soumet encore à un traitement régulier pendant un mois; j'agrandis l'ouverture tympanique vers le bas, fais des lavages de la caisse dont je curette la partie supérieure avec soin sans ramener de véritables fongosités, mais plutôt des débris épithéliaux. Pansements secs à l'iodoforme et l'acide borique alter-

nés. Un mieux sensible paraît se produire, pendant quelques mois le malade se croit guéri et je ne le revois que l'année suivante, en 1890. La myringotomie s'est depuis longtemps cicatrisée. La perforation toujours étroite occupe le même point. Je propose alors une ablation des osselets, pour laquelle on demande à réfléchir. Cette réflexion dure plus d'un an, c'est à dire jusqu'à la fin de 1891. Le jeune homme revient alors avec sa mère, décidé à essayer encore le traitement médical régulier et, en cas d'insuccès, disposé à se laisser opérer. Les curettages et lavages de la caisse avec la canule d'Hartman parviennent à peine à faire disparaître momentanément la fétidité de la sécrétion, qui est parfois très peu abondante et depuis déjà longtemps ne tache pas la ouate placée à l'entrée du conduit.

Devant l'insuccès des procédés médicaux, l'intervention est décidée et faite avec la cocaïne.

Le tympan étant intact tout autour du marteau, je fais usage du procédé classique, incision en avant et en arrière du marteau, le long du manche, venant contourner ce dernier au niveau de l'ombilic. Section du tendon du muscle tenseur et du ligament suspenseur, mobilisation du marteau, que je fais ensuite basculer et retire aisément de la caisse. Nettoyage complet au sublimé (au $\frac{1}{1000}$).

La tête du marteau enlevé est nécrosée au niveau de son articulation avec l'enclume, ce qui me fait supposer que cet osselet doit être malade. Avec un crochet mousse, j'essaie de faire basculer ce dernier et de l'attirer au dehors, résultat auquel je parviens après quelques tentatives infructueuses. Au début, hémostase à la ouate boriquée, nouveau lavage au sublimé et pansement iodoformé.

Je revois le malade le soir, il n'a ressenti dans l'oreille qu'une légère cuisson, pas de douleurs. Le pansement étant imprégné de sang, je crois bon de le changer. Les suites opératoires sont des plus simples : pas de suppuration, les bords de l'incision se reprennent par première intention. Le malade rentre chez lui cinq

jours après et lorsque je le revois, vingt jours plus tard, j'aperçois à peine le point sur lequel a porté l'incision et où se trouvait le manche du marteau. L'ancienne perforation se cicatrise, se comblant par un tissu fibreux qui formera une synéchie à la partie antéro-supérieure de la caisse.

Deux mois après, il est complètement guéri.

L'audition à la voix est relativement bonne; le jeune homme entend la voix basse à un mètre de distance. Le goût est conservé du côté opéré.

Je pourrais multiplier les observations de ce genre, car j'ai eu bien des fois l'occasion de pratiquer cette opération qu'il est de règle de proposer dans les otorrhées rebelles, surtout lorsque la suppuration fétide, le siège de la perforation et les investigations avec le stylet révèlent une lésion osseuse.

Supprimer un os atteint de carie ou de nécrose constitue aussi en otologie de la bonne pratique chirurgicale, n'exposant nullement l'oreille ou la vie du malade, si l'opération est faite dans les conditions d'antisepsie voulues et si la main de l'opérateur est guidée par la connaissance exacte des rapports anatomiques de la région sur laquelle il agit.

L'ablation d'un osselet malade, loin d'aggraver la surdité, a toute sorte de chance pour la diminuer, car elle permet souvent d'éviter l'apparition des synéchies vicieuses, ou par l'immobilisation des articulations par ankylose, ou par véritable dislocation de la chaîne.

Je ne parle que pour mémoire de l'extraction de l'étrier proposée par Kessel et souvent très difficile à pratiquer, soit qu'il soit difficile de bien voir cet osselet, caché derrière le cadre osseux, soit que les branches nécrosées se fracturent facilement et ne laissent plus de prise pour aller détacher la platine, assez solidement fixée à la fenêtre ovale. Bien plus, même dans les cas où cet osselet est sain, il n'est pas tou-

jours commode d'aller sectionner le ligament annulaire et surtout de faire basculer l'étrier pour le dégager de la fenêtre, dans laquelle il est toujours plus ou moins engagé, lorsque la caisse est chroniquement enflammée.

D'un autre côté, si ces manœuvres sont faites un peu à l'aveugle, on risque de pénétrer dans le vestibule et d'y produire des désordres assez graves par introduction de produits septiques dans le labyrinthe ou par inflammation traumatique.

Il est bon d'ajouter aussi que l'extraction de l'étrier occasionne des troubles vertigineux intenses avec spasmes musculaires, ralentissement du pouls, phénomènes qui ne sont pas sans inquiéter le malade, même lorsqu'il est prévenu de l'existence probable de ces symptômes.

Aussi, à moins d'indication formelle, croyons-nous qu'il est bon de laisser l'étrier à sa place; car, bien mieux qu'une simple membrane, il protège l'oreille interne contre les possibilités d'une infection venant de la caisse.

Je conclurai en disant que l'extraction du marteau et de l'enclume doit être pratiquée :

1° Dans tous les cas où l'on aura constaté une altération de ces osselets;

2° Dans les cas d'otorrhée ancienne ayant résisté au traitement médical et au curettage des parois de la caisse, bien que les osselets soient sains; le but étant ici d'agrandir la perforation, de faciliter l'écoulement du pus et le traitement direct de la région malade.

Cette opération suffit dans bien des cas pour calmer les bruits subjectifs et arrêter ou tout au moins diminuer beaucoup l'écoulement.

Elle doit toujours être suivie d'un curettage soigneux des parois osseuses.

L'acuité auditive pour la voix et les sons musicaux est augmentée dans les deux tiers des cas, dit Miot. Cette amélioration dépend du reste de la durée de l'otorrhée et de l'état des fenêtrées après la cicatrisation définitive. Rarement l'ouïe peut devenir plus mauvaise.

Dans ces cas, ce n'est pas l'opération qu'il faut accuser, mais le mauvais état des parois de la caisse et souvent aussi la longue durée antérieure de la maladie.

La séance est levée.

SÉANCE DU 1^{er} DÉCEMBRE 1893

PRÉSIDENCE DE M. CH. DUBREUILH

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président annonce à la Société que M. le Dr Claoué, médecin militaire à Toulouse, assiste à la séance et l'invite à venir prendre place au Bureau.

Prima mensis.

Les maladies le plus fréquemment observées pendant le mois de novembre sont : des angines, la diphtérie, la rougeole, la varicelle, la fièvre typhoïde, la pneumonie, le rhumatisme, des névralgies, des anthrax.

Troubles de la voix articulée. — Présentation de malade.

M. Moure. Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteint d'une affection aussi intéressante par sa bizarrerie que par son excessive rareté. Agé de dix-neuf ans, ce jeune homme éprouve depuis l'âge de

quatre ans les troubles fonctionnels qui me l'ont conduit et qui consistent en un bâillement et en un bégaiement très fortement accusés toutes les fois qu'il veut articuler un mot. Ce bâillement, ainsi que vous pouvez en juger *de visu*, est spasmodique et acquiert des proportions telles que la bouche à ce moment est ouverte d'une façon invraisemblable. La répétition de cet écartement des deux maxillaires a déterminé la luxation complète des deux condyles dont chacun peut se rendre compte. Le bâillement ne se produit que si le sujet veut *articuler un son*, non pas lorsqu'il ouvre la bouche pour mastiquer. Quant au bégaiement, il disparaît lorsque le malade chante, phénomène habituel aux bégues. Je n'ai relevé chez ce sujet aucun antécédent particulièrement digne d'être rapporté. Je n'ai jamais vu, pour ma part, de troubles semblables et je ne sache pas qu'il ait été publié d'observation analogue à celle-ci. Dans le cas actuel, j'estime qu'il s'agit d'une affection spasmodique susceptible de guérir par une gymnastique vocale spéciale, suivie avec patience et persévérance.

M. Moreau. Je me demande si l'on ne peut rapprocher le cas si curieux que vient de nous montrer M. Moure de certains faits de spasmes rythmiques dont parle M. Jaccoud dans ses *Cliniques* et où les pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale ont amené de bons résultats.

Du lait dans l'albuminurie. — Discussion.

M. Carles. En écoutant les lectures de M. Vergely et en lisant son mémoire avec toute l'attention qu'il mérite, j'ai noté certains points sur lesquels je désirerais dire quelques mots.

Au sujet de l'albuminurie physiologique, j'ai constaté, depuis déjà plus de quinze ans, que l'albumine existe généralement à l'état de traces nettes, mais atteignant à peine en poids 1 centigramme par litre, non seulement chez la plupart des adultes qui ont une table riche, mais encore chez ceux qui ont les moyens quoti-

diens de satisfaire largement leur appétit. C'est à ce titre que je puis affirmer ici que les cinq sixièmes au moins de mes auditeurs actuels rentrent dans cette catégorie, car le fait m'a paru plus régulier chez les hommes que chez les femmes. Si, au contraire, on examine les urines de gens vivant plus ou moins parcimonieusement, l'apparition de l'albumine physiologique devient rare. Pour confirmer ce résultat, je n'ai pu me procurer des urines d'hommes rationnés, mais j'ai pu avoir en main à la fois vingt-cinq échantillons d'urines de religieuses pauvres. Les sujets étaient de tout âge. Sur le nombre, une seule avait les traces d'albumine en question; elle avait quarante ans. Dès que j'en aurai le loisir, je me propose de poursuivre mes recherches sur des urines d'hommes rationnés. Je ne vois guère dans cette situation que les prisonniers.

Pour bien voir ces traces d'albumine, il faut d'abord aciduler l'urine avec un centième d'acide acétique pur, la filtrer minutieusement et la chauffer ensuite dans un tube à essai avec certaines précautions. Ainsi le tube doit rester absolument immobile et on ne chauffe que le tiers supérieur du liquide; la partie inférieure est là comme témoin. Pour être bien certain que le trouble produit est dû à de l'albumine et non à des phosphates dissociés, on verse dans le liquide une ou deux gouttes d'acide acétique supplémentaires. Le trouble ne doit pas disparaître.

Je n'ai jamais rencontré de procédé plus sensible que celui-là.

M. Vergely nous a dit à propos des modifications nombreuses et bien avérées que subit l'albumine en passant par le rein ⁽¹⁾ : « A côté de ces substances, il » convient de placer la peptone coagulable par la cha- » leur, mais non par les acides. On la trouve dans les » affections hépatiques, etc., et on l'a souvent confondue » avec l'albumine proprement dite. »

J'estime qu'ici M. Vergely est victime d'un quipro-

(1) *Journal de Médecine de Bordeaux*, p. 465.

quo : par cela seul que l'albuminoïde dont il nous parle est coagulable par la chaleur en solution acide, ce n'est plus une peptone. M. le professeur Gautier ⁽¹⁾ le dit formellement : « Elles (les peptones) sont caractérisées par leur incoagulabilité à chaud, leur non-précipitation par l'acide nitrique, etc..., » et ailleurs ⁽²⁾ : « Les albumoses et les peptones ne coagulent ni par la chaleur... »

M. Vergely a ajouté plus loin que mon collègue et ami M. Denigès avait remarqué que tout sujet soumis au régime lacté était pris rapidement de pénurie de chlorure de sodium dans les urines.

L'observation est juste, en général; mais, de tout temps, nous avons pensé qu'elle était logique et ne pouvait pas ne pas exister. Voici pourquoi : Si l'homme adulte, à l'état de santé, excrète en moyenne 10 grammes de sel marin par litre et 13 grammes par vingt-quatre heures, c'est parce que ce sel est en transit dans son organisme. Il y est apporté non seulement par toutes les substances alimentaires naturelles, mais aussi et surtout par celui qu'ajoute le boulanger dans le pain, le charcutier dans ses apprêts, le fromager dans ses produits, le viniculteur dans ses boissons et par-dessus tout notre cuisinier dans tous ses plats. Aussi, rien n'est variable comme la teneur des urines en sel marin, puisqu'elle dépend à la fois de la nature et de la proportion des aliments ingérés, des goûts particuliers de chacun, de l'influence que ces goûts subissent avec l'éducation de famille, les relations sociales et plus encore avec la volonté tyrannique de nos cuisiniers.

Avec le lait, tout cela disparaît à la fois, à moins que le malade, comme le conseille quelquefois M. Vergely, n'en mette lui-même dans son aliment-médicament.

Il est, en effet, avéré qu'à la suite de boissons abondantes (et le lait dans le régime en question en est une), la quantité de sel excrétée normalement peut sextupler ⁽³⁾. Mais une fois ce lavage salin effectué, l'orga-

⁽¹⁾ *Chimie biologique*, p. 178.

⁽²⁾ *Loc. cit.*, p. 116.

⁽³⁾ *Dict. Wurtz*, art. *Urines*.

nisme ne se débarrasse plus que de l'apport quotidien. Or, le lait renferme en moyenne 1 gr. 50 cent. par litre de chlorures, exprimés en chlorure de sodium (Haidlen-Marchand). Si le malade en prend six litres, cela fait 9 grammes de chlorures ingérés; s'il se contente de quatre litres, ce qui est plus commun, cela fait 6 grammes au total; chiffres fort éloignés des 13 grammes de l'état de santé, avec un régime ordinaire. Ces considérations nous paraissent infirmer toutes les conclusions que l'on a voulu tirer de la richesse et de la pauvreté des urines en chlorures.

M. Vergely nous a dit encore : « Si le lait est un aliment complet pour l'enfant, il est insuffisant pour l'adulte qui s'adonne surtout à une vie active; du reste, les malades ne résistent pas longtemps à l'alimentation lactée exclusive. »

La grande expérience clinique de M. Vergely doit avoir certainement plus de crédit que la mienne, qui est absolument nulle. Cependant, en cherchant dans mes relations, j'ai pu noter quatre cas qui méritent peut-être d'être connus.

Le premier était applicable à un homme de cinquante ans, fiévreusement actif, que son médecin mit brusquement au régime lacté exclusif pour une affection gastrique. La première semaine, il ne prit autre chose que quatre litres de lait par jour, et progressivement il arriva à sept et huit litres qu'il consomma régulièrement jusqu'à guérison, c'est à dire pendant plus de deux mois, malgré un diabète intermittent. C'est la dose que j'ai calculée nécessaire pour suppléer à une dose d'aliments ordinaires.

Le second est relatif à un homme de soixante-quinze ans. Il y a deux ans, il fut pris d'œdème des membres inférieurs et, de toutes les médications employées, le régime lacté seul a empêché le mal d'empirer. Depuis près de deux ans, il ne retient son mal qu'avec le régime lacté absolu. Il consomme six litres quotidiennement.

Le troisième malade est atteint d'une affection gas-

trique qu'on a soumise sans succès à de nombreuses médications. Il a gardé le lit plusieurs mois et son administration allait le révoquer, quand on l'a mis au régime du lait exclusif. Il prend six litres de lait. Depuis qu'il se nourrit ainsi, il est toute la journée sur pied et n'a pas demandé un jour de congé. Cela dure depuis plusieurs années. Il n'a pas envie de cesser.

Le dernier malade a été moins heureux. Pour une albuminurie légère, mais tenace, son médecin le mit aussi au régime lacté absolu. Il prenait trois et quatre litres. Tant qu'il se contenta de cette nourriture, il put vaquer à ses affaires; mais un jour il la trouva trop régulière et voulut changer. Peu de jours après, il allait de mal en pis et décédait.

Comme nous avons suivi d'assez près quelques-uns de ces malades, nous avons pu nous faire une idée de la force de caractère dont il faut être doué quelquefois pour se soumettre à cette médication. Enfin, M. Vergely nous l'a bien dit, il y a aussi souvent intolérance. Cette intolérance peut provenir du malade et du lait.

Nous ne retenons que le second.

En tant qu'aliment, nous pensons que, malgré les apparences, rien n'est variable comme le lait de vache; et, même quand il est pur, nous estimons qu'il est aussi changeant de goût, de composition intime ⁽¹⁾ et de valeur alibile que les multiples espèces de vins. N'oublions pas que s'il existe des laitiers assez honnêtes pour ne jamais frelater leur denrée, tous visent beaucoup plus la quantité et la production économique que la qualité, et qu'il existe enfin des communes entières où le lait naturel est si pauvre et si plat de goût, qu'un

(1) Nous visons dans ces mots les substances de proportions assez faibles pour échapper aux réactifs et qui n'en ont pas moins un rôle fort important dans l'action physiologique, dans la tolérance du lait. Ce sont l'arome, le bouquet, la saveur spéciale..., que chacun de nous distingue facilement dans le vin, le cognac, l'huile, le vinaigre, les fruits... et que les dégustateurs de lait distinguent aussi dans cette boisson. Nous estimons que c'est là un facteur important de l'intolérance lactée.

chimiste aurait peine à ne pas le croire mouillé et qu'un estomac délicat en serait vite fatigué. Aussi, quand un clinicien veut soumettre un malade à ce régime alimentaire doit-il lui recommander la plus grande circonspection dans le choix de son lait et lui conseiller de s'occuper non seulement de sa composition chimique, mais encore des qualités qui le rendent agréable à son palais et à son estomac.

M. Vergely. Dans les observations que M. Carles a bien voulu faire à ma communication, je relève le terme d'*albuminurie physiologique* auquel notre collègue rapporte les traces de cette substance qu'il a constatées dans un grand nombre d'analyses d'urines appartenant à des gens bien portants. Pour juger ces faits, il faudrait des observations plus complètes. Ces cas étaient pour Gùbler de l'albuminurie par hyperalbuminose, pour Semmola de l'albuminurie d'origine hématique; d'autres prétendent, MM. Lecorché et Talamon en particulier, qu'il n'y a pas d'albuminurie physiologique; que la présence de l'albumine dans les urines est causée par une glomérulo-néphrite plus ou moins curable. Les expériences de Gùbler, Cl. Bernard, Christison, Stokris, Béchamp, etc., n'ont pu réaliser l'albuminurie par hyperalbuminose. Quand il y a suralimentation, les produits mal élaborés par le tube digestif sont rejetés à l'état d'hémiptones ou vont irriter le rein, déterminer une légère glomérulite ou l'inflammation des épithéliums; de là, un exsudat donnant les réactions de l'albumine. M. Carles sait mieux que moi que la formule chimique de l'albumine est encore mal fixée, qu'il y a diverses espèces d'albumine. Croit-il que l'emploi de la chaleur aidé de l'acide acétique suffit à caractériser l'albumine? Si j'ai écrit « peptone coagulable par la chaleur », c'est une erreur. Je voulais dire des substances intermédiaires aux peptones et aux albumines.

M. Carles nous dit qu'il connaît des personnes qui vivent uniquement de lait et mènent une vie active, quelques-uns de ces malades consommeraient jusqu'à huit litres de lait par jour.

Je ne nie pas qu'on ne rencontre quelques personnes capables de se nourrir exclusivement de lait; quoiqu'on soit souvent trompé et que ces galactophages mangent en cachette du pain, des biscuits, ce qui change singulièrement la thèse; la plus petite quantité d'aliments azotés, ajoutés au lait, double son effet nutritif. Ce fait a été signalé par Voït pour la gélatine, qui n'ayant aucune valeur nutritive augmente notablement celle des substances albuminoïdes auxquelles elle est jointe. Pour mon compte, toutes les personnes que j'ai connues qui se nourrissaient exclusivement de lait étaient très faibles; l'une d'elles, que j'ai vue avec M. Hiri-goyen, a succombé rapidement après quelques jours d'une fièvre typhoïde légère. Tous ces sujets étaient incapables de se livrer à un travail même léger, ne pouvaient entreprendre de longues promenades.

Je n'ai observé qu'un malade qui absorbait huit litres de lait, il était atteint de diarrhée chronique des pays chauds; celui-là avait tous les dix jours de violents accès d'indigestion lactée, vomissements et diarrhée abondants. Il a succombé à une perforation intestinale. Je suppose que les sujets observés par M. Carles doivent avoir une véritable ectasie gastrique. La digestion de cette grande quantité de matières grasses ne doit pas être facile, car le lait ne sollicite pas les sécrétions peptiques. Comment n'y a-t-il pas encombrement intestinal, inertie de l'intestin? Je crois que M. Carles a eu affaire à des sujets exceptionnels et qu'il est plus facile de voir des malades qui n'acceptent qu'avec difficulté de consommer quatre litres de lait que des malades qui consomment avec facilité huit litres de cette émulsion graisseuse.

M. R.-Saint-Philippe. J'apporte volontiers mon témoignage aux idées émises par M. Vergely et je m'associe pleinement aux conclusions de son travail. Moi aussi, j'ai remarqué et depuis longtemps que la prolongation excessive du régime lacté absolu devenait parfois une faute thérapeutique, et qu'en cette matière comme en beaucoup d'autres, il fallait se garder d'un rigorisme

systematique. Je crois qu'à l'époque où l'on a commencé à employer le régime lacté, on lui attribuait des vertus qu'il n'a pas ou du moins qu'il n'a pas complètement. Aujourd'hui, que l'on a mieux pénétré la pathogénie des différents accidents morbides contre lesquels il était prescrit, et depuis les travaux de Bouchard sur les auto-intoxications et la toxicité urinaire, on s'est aperçu que la clarification des urines ou la diminution de la quantité d'albumine qu'elles peuvent contenir n'était qu'un des éléments du problème; qu'il y avait autre chose à voir et que, suivant une expression très judicieuse de M. Dieulafoy, ce n'était pas ce qui passait qui était le plus mauvais, mais ce qui ne passait pas.

Il me semble toutefois que pour juger sainement la question, non plus au point de vue chimique, que je ne veux pas envisager, mais au regard de la clinique et de l'observation, il convient de distinguer les maladies dans lesquelles le régime lacté s'impose le plus couramment. On arrive tout de suite à les classer en trois catégories: les maladies du cœur et des gros vaisseaux, les maladies du tube digestif, les maladies du rein.

Dans les cardiopathies valvulaires ou vasculaires, on est amené à prescrire le lait soit parce qu'on se trouve en présence d'une crise d'asystolie avec défaillance de la grande ou de la petite circulation, barrage pulmonaire ou rénal et accumulation de poisons toxiques dans le sang, soit parce que le malade est à la période de cachexie. Dans le premier cas, je crois bien qu'il est sage, une fois les accidents levés, de cesser le lait et de chercher à rétablir la compensation, momentanément perdue par des fautes d'hygiène ou par toute autre cause accidentelle, à l'aide des médicaments usités et en favorisant la dépuration urinaire; sans quoi le malade serait incapable de reprendre la vie commune et on se priverait par la suite, à la réapparition de la crise, d'un moyen excellent, mais usé. Dans le second cas, on peut bien prolonger l'usage du lait, le malade ne quittant guère son lit que pour aller à son fauteuil; mais c'est un pis-aller qui ne conduit pas bien loin.

Dans les affections du tube digestif et des annexes, le régime lacté rend des services que tout le monde connaît et sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister. Peut-on préciser sa durée? C'est bien difficile. Ici, c'est la tolérance de l'organe qui commande. Comment modifier le régime quand l'estomac ne digère rien! Force est bien de continuer le lait, quelque désir qu'on ait de faire autrement. La moindre infidélité se paie cher. Il n'en est pas moins vrai que le malade, qu'il ait un ulcère rond, un cancer ou une maladie de Reichmann, se plaint vite de son abstinence forcée, de la perte de ses forces, de son essoufflement (preuve qu'il n'est qu'insuffisamment nourri), et peu à peu on est entraîné à joindre à son régime quelques aliments de facile digestion, qui du reste réussissent plus ou moins bien.

Viennent enfin les maladies rénales. C'est ici que les malades sont le plus portés à abuser quantitativement du lait. Avant que M. Potain eût indiqué que la dose de trois litres était suffisante pour nourrir un adulte d'un poids moyen, on voyait et on laissait prendre cinq, six, sept et même huit litres par jour. On a peine à croire que l'estomac résiste à la dilatation et le rein au surmenage qui résulte de tels excès.

En tout état de cause, si dans l'albuminurie aiguë on obtient assez rapidement la diminution et même la disparition de l'albumine de l'urine, dans l'albuminurie chronique le régime lacté produit des effets moins évidents. Il a de plus le défaut d'aggraver l'anémie du malade, et quand on s'endort trop sur son usage, de faire perdre de vue les autres accidents qu'il faudrait combattre. Il y a des albuminuriques qui perdent fort peu d'albumine et qui sont néanmoins en grand danger et d'autres qui en perdent jusqu'à 6 et 8 grammes et qui vont et viennent dans un état de santé relative. La division dichotomique des néphrites ne suffit pas pour expliquer ces différences. La vérité est qu'il faut voir à tout l'organisme et combattre aussi les troubles circulatoires, l'aglobulie, l'intoxication, etc. Le régime lacté trop rigoureux et trop prolongé pourrait donc, s'il

n'était pas réglementé, aller à l'encontre du but cherché. D'un bon moyen on ferait un mauvais. S'il est possible de dire que le lait est un aliment complet, en supposant qu'il soit pur et de bonne provenance, l'expérience semble prouver qu'il n'est pas, malgré tout, un aliment suffisant, au moins pour l'homme relativement valide, puisqu'il se plaint de n'être pas assez nourri et sustenté par cet aliment.

En terminant, je voudrais dire un mot des enfants dont je m'occupe plus particulièrement. Chez eux non plus, le régime lacté n'est pas indemne de reproche. Il y a des cas où il peut être nuisible. S'il s'agit d'enfants bien portants, on sait qu'il ne faut pas prolonger chez eux outre mesure l'alimentation lactée. L'apparition des dents indique qu'il faut s'adresser progressivement, avec la prudence et la mesure voulues, à des aliments plus substantiels. Les enfants qui sont restés trop longtemps au lait présentent un teint caractéristique. Ils sont très blancs, un peu bouffis, et fréquemment leurs tibias sont arqués. S'il s'agit d'enfants malades, le lait peut être incriminé lui-même. J'en ai vu qui ne le digéraient point et le rendaient, quoi qu'on fît, en grumeaux pâteux, décolorés, infects. J'ai vu des enfants atteints d'entérite chronique qui avaient été mis au régime lacté absolu et chez qui la diarrhée continuait. La suppression du lait et la substitution d'un autre régime, aidé d'un traitement approprié, faisait disparaître le trouble dyspeptique.

La conclusion de tout cela, c'est que le lait n'est pas une panacée irréprochable et merveilleuse qu'on puisse appliquer à tort et à travers, c'est que, à mon sens, le régime lacté est une méthode thérapeutique qui demande comme les autres à être dirigée et surveillée et qui a, comme les autres, ses indications et ses contre-indications.

M. Vergely. Je suis heureux de voir mon distingué confrère M. R.-Saint-Philippe confirmer l'opinion que je défends à l'endroit du régime lacté absolu dans l'albuminurie, et je le remercie d'avoir bien voulu apporter

devant vous le précieux témoignage que vous venez d'entendre.

La séance est levée.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1893

PRÉSIDENTE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Arthrite déformante. — Présentation de pièces pathologiques.

M. Courtin lit le travail suivant :

J'ai l'honneur de vous présenter des pièces pathologiques provenant d'une tumeur enkystée, occupant la partie externe du ligament rotulien gauche et qui ont été recueillies durant le cours d'une opération pratiquée chez un jeune homme le 30 novembre dernier.

Voici en quelques mots son observation :

Agé de vingt-quatre ans, ce garçon est fortement constitué, très bien musclé, de grande taille. Très bonne hérédité : son père et sa mère vivent et sont en excellente santé; fils unique. Il n'a jamais été malade, n'a présenté aucun symptôme médullaire, n'est pas syphilitique. C'est au mois d'octobre 1889 qu'il vint me consulter pour la première fois. Il aurait dansé durant toute la nuit; en voulant se lever le lendemain, il éprouva de la gêne et de la douleur dans le genou gauche, et lorsque je l'examinais, je m'aperçus que l'article était déformé, les culs-de-sac synoviaux s'accusaient nettement, la rotule était projetée en avant et, à la palpation, j'obtins la sensation très appréciable du choc rotulien. Les différents mouvements communiqués à l'articulation

étaient douloureux, la marche difficile; les extrémités osseuses étaient insensibles; état général bon, pas d'infection blennorragique ni antérieure ni actuelle, l'articulation du genou était seule le siège d'une lésion. Le diagnostic d'arthrite traumatique me parut seul admissible, et je conseillai les révulsifs et un appareil immobilisateur.

Notant après une vingtaine de jours un début d'atrophie du triceps, je fis faire du massage, tout en maintenant la gouttière après chaque séance. Au mois de novembre, ce jeune homme quitta Bordeaux pour rejoindre sa famille et je le perdais de vue.

Un an après, le 10 novembre 1890, il vint me consulter de rechef pour une tumeur qui siégeait au niveau du creux poplité gauche et qui gagnait la partie profonde du mollet, il m'apprit alors que, rentré chez ses parents, il avait abandonné son appareil immobilisateur, qu'il avait marché depuis ce temps et qu'il avait subi un traitement électrique et hydrothérapique dans une Maison de Santé de sa région.

A ce moment, l'articulation était déformée, les culs-de-sacs synoviaux très distendus, l'atrophie musculaire au même point, les mouvements de flexion et d'extension, bien que limités, se font sans douleur, les ligaments latéraux n'ont plus leur tonicité normale, on imprime facilement quelques mouvements anormaux de latéralité.

La tuméfaction, qui partant du milieu du creux poplité descend vers la partie moyenne du mollet, est absolument fluctuante; le malade affirme catégoriquement que, lors de l'apparition de cette tumeur, son articulation a diminué de volume; je recherche s'il est permis de faire refluer le liquide de l'articulation dans la poche poplitée et inversement, mais je ne peux apprécier par cette manœuvre la dépendance de ces deux poches.

Je pratique une ponction le 25 novembre et je retire 10 grammes d'un liquide citrin, huileux, qui n'est autre que du liquide synovial.

Cette ponction n'amena aucune poussée inflammatoire et, huit jours après, le malade quittait Bordeaux.

Le 6 janvier 1891, un mois et demi après, nouvelle ponction dans le mollet, je retire encore 8 grammes de liquide huileux et citrin.

Durant le mois de juin, de passage à Paris, ce jeune homme va consulter M. L. Labbé, qui conseille un séjour à Aix (en Provence) et qui fait entrevoir l'obligation d'une arthrotomie, si le traitement thermal ne donne pas les résultats qu'on en attend.

Le 18 septembre 1891, je revois ce malade; il arrive de Luchon, son articulation est toujours tuméfiée; je recherche en vain des plaques indurées ou des corps étrangers articulaires; le malade, du reste, n'a jamais eu ces douleurs subites caractéristiques. Son genou mesure quarante-deux centimètres de circonférence.

Le système musculaire est très atrophié, la tumeur du creux poplité et du mollet a considérablement diminué; ne voulant encore accepter aucune intervention chirurgicale, je lui recommande l'électricité et le repos, qui ne fut que relatif, car, dans la crainte d'une ankylose, il se livrait à la marche et à l'exercice.

Plus d'un an après, le 24 novembre 1892, son genou avait augmenté de volume, il mesurait quarante-quatre centimètres; cette année il avait fait une seconde saison à Luchon, qui avait amené un très bon résultat du côté des muscles, malgré les lésions articulaires qui n'avaient fait que s'accroître; l'atrophie musculaire avait disparu et la marche, toujours indolore, devenait très facile. La tumeur du creux poplité restait stationnaire et la palpation ne dénotait plus de liquide.

Au mois de septembre dernier, à son retour de Luchon, il vient me voir, il est préoccupé par la présence d'une tuméfaction qui siège à la partie externe du ligament rotulien gauche, tumeur de la grosseur d'une orange, qui est franchement rénitente et qui communique avec la cavité synoviale. Ce jeune homme me raconte qu'il marche sans fatigue, qu'il fait facilement trois à quatre kilomètres chaque jour, qu'il ne souffre

pas; ses muscles sont en parfait état, les mouvements latéraux, assez étendus autrefois, sont actuellement fort peu appréciables; il y a peu de liquide dans la synoviale articulaire et il a remarqué que le genou avait diminué de volume depuis l'apparition de cette tumeur.

L'obligation d'agir va s'imposer surtout si la peau recouvrant cette tumeur, fortement distendue, vient à se sphacéler.

L'ouverture de la poche s'effectue naturellement. Le 25 novembre dernier dans la nuit, ce malade se réveille, son lit rempli de liquide, son matelas humecté, estimant qu'il a ainsi perdu un demi-verre d'un liquide jaunâtre, filant, huileux, empesant les draps et sa chemise.

J'ouvre cette poche le 30 novembre et, au milieu d'un quart de verre de liquide huileux, je trouve des débris graisseux, flottants dans le liquide, non adhérents à la poche.

La poche apparaît grisâtre, j'en pratique la dissection jusqu'au-dessous du ligament rotulien, une partie du plateau gauche du tibia est friable et donne à la curette la sensation d'une infiltration graisseuse de l'os; pour atteindre la partie saine de l'os, je suis contraint de creuser une cavité pouvant contenir une amande.

Je touche le tout avec une solution de chlorure de zinc au $\frac{1}{10}$ et, avec ma curette, j'introduis au-dessous du ligament rotulien des morceaux de gaze imprégnés de la solution de zinc.

La température depuis neuf jours n'a pas dépassé 37°1.

Cette observation m'a semblé devoir être signalée à cause de la marche spéciale de cette arthrite qui, bien que développée sur un sujet jeune, n'ayant aucune affection médullaire, s'est terminée par les accidents de l'arthrite déformante.

S'il n'était déjà connu de tous, ce fait viendrait à l'appui de l'opinion des pathologistes et en particulier de M. Quénu qui enseigne que « l'arthrite déformante serait l'aboutissant possible de la plupart des

arthropathies et que sa physionomie résulterait moins de la nature primitive de l'arthrite que de l'état de la nutrition générale du sujet et de la nutrition locale du membre atteint ».

M. Villar. Je trouve assez curieuse la marche de l'affection articulaire que M. Courtin vient de nous présenter comme une arthrite déformante. Il me semble que, dans le cas actuel, l'on ne constate pas les caractères ordinaires de l'arthrite déformante classique. Aussi, avant de mettre une épithète définitive sur cette arthrite, serais-je d'avis d'attendre la réponse de l'examen histologique. Ce renseignement, indispensable en l'espèce, ne peut qu'augmenter encore l'intérêt de cette très intéressante observation.

M. Davezac. J'aurais été heureux de voir M. Courtin nous faire un diagnostic différentiel complet entre la lésion articulaire qu'il vient de nous décrire et les autres arthropathies susceptibles d'être invoquées en pareil cas. Il aurait dû, notamment, nous dire pour quels motifs il faut exclure chez ce malade l'arthropathie tabétique. Souvent, en effet, l'arthropathie est un phénomène de début de l'ataxie, un symptôme pré-tabétique. En tous cas, il importait de la mentionner, ne fût-ce que pour l'éliminer, avec bonnes raisons à l'appui.

M. Courtin. Il n'y avait pas seulement chez mon malade des lésions synoviales, mais encore des altérations osseuses, à telles enseignes que j'ai été obligé de sculpter en pleine épiphyse tibiale. Sans doute, je n'ai pas trouvé les arthrophytes signalées dans nombre d'arthrites déformantes, mais il ne me paraît pas possible de donner un autre nom à l'arthropathie que j'ai eue sous les yeux. Un moment même, en présence de petits nodules graisseux qui s'offrirent à mon observation, après ouverture de l'article, je pensais avoir affaire à l'affection si bien décrite par Jean Müller sous le nom de *lipome arborescent des articulations*. Bientôt, je dus écarter cette idée devant les altérations anato-

miques que j'ai tout à l'heure indiquées et que je ne crois pas pouvoir dénommer mieux que je l'ai fait. Le tabes auquel songeait M. Davezac, ne vint pas un instant à mon esprit, étant donné que les surfaces articulaires n'offraient ici ni hypertrophie ni usure et qu'il n'existait chez mon malade aucun trouble nerveux suspect. De telle sorte, qu'en définitive, malgré la cause traumatique qui lui a donné naissance et la marche inusitée qu'elle a suivie, cette arthropathie me paraît mériter le nom d'*arthrite déformante*, de préférence à tout autre, avec cette restriction fort légitime qu'ici l'arthrite déformante a revêtu une forme tout à fait anormale.

Recherches historiques sur l'École d'Accouchements, l'hospice de la Maternité de Bordeaux et la Clinique d'accouchements de l'hôpital Saint-André.

M. Pery lit le travail suivant :

En publiant, il y a six ans, mon *Histoire de la Faculté de Médecine de Bordeaux et de l'enseignement médical dans cette ville*, je n'ai pas eu la prétention de dire le dernier mot sur ce vaste sujet et je n'ai pu même qu'effleurer certains points sur lesquels mes recherches ne m'avaient fourni jusqu'alors que des renseignements insuffisants. Parmi les points ainsi laissés de côté à dessein, il en est un sur lequel je désire appeler aujourd'hui l'attention de mes confrères, c'est la création à Bordeaux de l'École d'accouchements et de l'hôpital de la Maternité; pour mieux préciser, je dirai : c'est l'histoire de l'enseignement de l'obstétrique à Bordeaux qui va faire le sujet de mon travail.

Nous savons très peu de choses, à peu près rien, pourrait-on dire, sur l'art des accouchements à Bordeaux jusque vers 1763; à partir de cette époque, il commence à en être question dans les documents publics, mais ce n'est que depuis 1782 et surtout

depuis 1793 que l'art des accouchements est enseigné théoriquement et pratiquement, du moins aux sages-femmes; car pour ce qui concerne les étudiants en médecine, leur enseignement pratique ne date véritablement que de 1854.

Autrefois, l'art obstétrical était exercé à Bordeaux par des matrones ou sages-femmes et, dans les cas difficiles, par les chirurgiens. C'est du moins ce qui paraît résulter de quelques rares indications recueillies par-ci par-là. Les registres de la Communauté des Chirurgiens mentionnent de temps en temps, dès l'année 1746, des examens de sages-femmes, mais il n'est nullement question de leçons ou de cours faits pour elles. Cependant, la lecture des Statuts des Chirurgiens permet de noter quelques faits intéressants; ainsi, en 1754, ils disent :

« Toutes les aspirantes à l'art des accouchements seront tenues de faire un apprentissage chez une maîtresse sage-femme de la ville pendant deux ans et trois années d'exercice chez la même ou ailleurs, ou de service de deux années dans l'hôpital, en cas qu'il y ait moyen d'occuper apprentisses en cet art. »

Pour se présenter à l'examen, elles devaient avoir vingt-cinq ans, subissaient un examen de trois heures en présence du lieutenant du premier chirurgien du roi, des prévôts de la Communauté des Chirurgiens et du Doyen, et un deuxième examen quinze jours après. Les droits à payer pour les sages-femmes de la ville étaient de 74 livres et de 18 livres pour les sages-femmes des bourgs et villages, et encore ces dernières étaient-elles reçues gratuitement quand elles apportaient un certificat de pauvreté signé du curé⁽¹⁾.

Un document, dont je dois connaissance à l'amitié

(1) Le choix des chirurgiens qui devaient faire passer l'examen des sages-femmes était probablement dicté par leurs connaissances particulières. En effet, dans un procès-verbal d'examen de sage-femme qui

du D^r Sous, prouve que la réception des sages-femmes de campagne ne se faisait pas toujours comme nous venons de le dire. On va en juger par la lecture du document lui-même :

EXTRAIT DU REGISTRE DE LA PAROISSE DE BARSAC.

« Aujourd'hui, 1^{er} jour de mars 1708, Jeanne Capdebile, veuve de Jean Médeville, de cette paroisse, âgée de cinquante ans ou environ, et Anne Vernier, veuve de Bertrand Perouil, de cette paroisse, âgée de cinquante-cinq ans ou environ, ont été élues dans l'assemblée des sages-femmes de cette paroisse, à la pluralité des suffrages et ont prêté entre nos mains le serment à ce requis suivant l'ordonnance de Monseigneur l'Archevêque de Bordeaux. Nota que ces deux personnes ont été examinées sur leur capacité par M. Benoit, M^e Chirurgien. En foy de quoy j'ai signé : TARTAS, curé, N..., vicaire, BENOIT, M^e Chirurgien. »

« Aujourd'hui, second jour de mars 1708, Bertrande Dambon, femme de Bertrand Bernadet, vigneron de la présente paroisse, âgée d'environ quarante-six ans, a été élue... (*ut supra*), et a été examinée et jugée capable par M. Benoit, chirurgien. »

Comme on le voit par l'extrait ci-dessus, voici une paroisse où le chirurgien fait subir un examen aux aspirantes sages-femmes et celles-ci sont élues par les femmes de la paroisse et prêtent ensuite serment entre les mains du curé, conformément à une ordonnance de l'Archevêque.

Cet exemple de réception, bien que borné, du moins à notre connaissance, à une paroisse, était néanmoins intéressant à citer et il est probable que c'était un fait isolé.

eut lieu le 24 août 1753 et qui constate que certains troubles s'étaient produits dans le sein de la Communauté des Chirurgiens à propos de l'examen, les chirurgiens Faure, prévôt de la Communauté, Larrieu et Dupuy, font suivre leur nom de la qualification d'accoucheur.

Pour ce qui est des chirurgiens, il n'est point question d'un enseignement obstétrical quelconque, pas plus que d'examen sur cette partie de la science médicale et cependant il est constant, comme je l'ai déjà dit, que les chirurgiens étaient appelés dans les cas de dystocie. Il faut arriver à l'année 1785 pour constater un enseignement de l'obstétrique au Collège de Chirurgie. Le 15 mars 1785, en effet, le lieutenant du premier chirurgien du roi à Bordeaux, Lapeyre, fut nommé, par brevet du roi, professeur royal d'accouchements et de maladies des femmes grosses. Cette nomination avait été provoquée par une délibération de la Communauté des Chirurgiens, en date du 10 janvier, qui avait décidé qu'on demanderait au premier chirurgien du roi de faire obtenir au lieutenant un brevet de professeur d'accouchements. Ce cours devait être professé dans l'après-midi; à la fin du cours, il devait en être fait un particulier pour les sages-femmes.

Cette création d'un cours d'accouchements à l'École de Chirurgie était très certainement la conséquence d'autres faits dont nous allons faire le récit.

Tandis que l'enseignement des sages-femmes était absolument négligé à Bordeaux; à Paris, au contraire, ainsi que cela résulte du travail de M^e Carrier sur l'origine de la Maternité, à Paris, dis-je, à l'Hôtel-Dieu, on commença dès 1630 à recevoir une apprentie sage-femme. Donc, vers 1760, une sage-femme de Paris, M^{me} Le Boursier du Coudray, fut invitée par un seigneur d'Auvergne, M. de Tiers, à venir dans ses terres faire un cours d'accouchements aux femmes qui se destinaient à exercer la profession de sages-femmes et qu'il recevait chez lui. Cet essai ayant réussi, l'Intendant de Clermont, puis celui de Moulins invitèrent successivement M^{me} du Coudray à venir former des élèves dans leur généralité; le bruit du succès obtenu parvint

jusqu'à la Cour et, en 1767, M^{me} du Coudray obtint un brevet du roi pour former des élèves sages-femmes dans tout le royaume. Mais, avant cette époque et dès 1763, M^{me} du Coudray avait écrit à l'Intendant de Guyenne pour lui offrir de faire des cours à Bordeaux et celui-ci avait répondu le 8 avril en refusant ses offres, alléguant que la plupart des accouchements étaient faits à Bordeaux par les chirurgiens avec autant de succès que d'intelligence. M^{me} du Coudray continua ses instances et fit agir auprès de l'Intendant. Voici une lettre fort intéressante, écrite à ce sujet par Turgot, alors Intendant d'Angoulême; elle est du 6 décembre 1763 :

« Je vous envoie les différents imprimés qui concernent le cours d'accouchements de M^{me} du Coudray, je crois son travail extrêmement utile et sa manière d'enseigner la seule qui soit à portée des femmes de la campagne. Vous trouverez peut-être sa personne assez ridicule par la haute estime qu'elle a d'elle-même; mais cela vous paraîtra probablement comme à moy fort indifférent, l'essentiel est qu'elle donne des leçons utiles et je crois que les siennes le sont beaucoup; son séjour dans la province est un peu cher, car je lui donne 300 livres d'appointements par mois, non compris les frais de son voyage et du transport de ses malles, je lui fais aussi fournir par les villes le logement, le bois et la chandelle et les ustensiles de ménage; ajoutez à cela l'achat de quelques-unes de ses machines, afin de pouvoir établir des cours perpétuels dont je chargerai quelques chirurgiens. Je compte que tout cela coûtera à la province 8,000 livres, mais je les crois bien employées. Les paroisses ont envoyé plus d'élèves que je ne l'espérais; elle en est à son troisième cours et en fera encore plus d'un; je ne m'imaginais pas qu'elle puisse avoir fini dans cette Généralité avant la fin du printemps. Adieu. TURGOT. »

A quelle époque précise M^{me} du Coudray vint-elle à

Bordeaux? Il nous serait impossible de le dire, nous pouvons seulement affirmer qu'elle y séjourna plusieurs mois en 1769 et 1770. Les cours qu'elle faisait duraient environ trois mois; elle en faisait deux consécutivement, puis se rendait sur un autre point. Elle laissait habituellement, contre paiement, dans chaque ville, une machine ou fantôme approuvée par l'Académie de Chirurgie, machine qui, à défaut de femme vivante, servait à la démonstration des accouchements.

Le jugement des auteurs de cette époque est assez favorable à M^{me} du Coudray : elle avait publié un *Abrégé de l'art des accouchements* avec planches en couleur et voici ce qu'en dit Sue, à la page 500 du volume II de ses *Essais historiques... de l'art des accouchements* : « On ne peut disconvenir qu'il ne soit » de la plus grande utilité pour les sages-femmes, sur- » tout de la campagne, c'est un livre élémentaire, à » leur portée, dont il est bien intéressant pour elles » qu'elles fassent usage. »

M^{me} du Coudray paraît avoir eu à Bordeaux, pour élève et successeur, une dame Devaux dont on trouve le nom dans les Archives municipales pour l'année 1779, comme jouissant de 500 livres de gages en qualité de professeur d'accouchements; mais je n'ai trouvé aucun renseignement sur son compte. Si cette dame fit des cours à Bordeaux, ils n'ont laissé aucune trace et, dès 1780, ils n'avaient plus lieu, ainsi que le constate une lettre de M^{me} du Coudray à l'Intendant, M. Dupré-Saint-Maur. Dans cette lettre, en effet, M^{me} du Coudray lui demande que le cours d'accouchements qu'il a l'intention d'établir soit confié à M. et M^{me} Coutanceau, ses neveu et nièce. D'après M^{me} du Coudray, Coutanceau et sa femme s'occupaient depuis douze ans de la pratique des accouchements. Cette lettre constate, en outre, qu'il n'y a à

Bordeaux, à cette époque, aucune institution pour former des sages-femmes.

Une lettre de M. Dupré-Saint-Maur, du 18 octobre 1781, dit : « Qu'il a appris par M^{me} Coutanceau qu'elle avait obtenu le brevet qui lui permettait de démontrer l'art des accouchements dans sa Généralité; il lui annonce qu'il lui accordera 600 livres de gratification annuelle et qu'elle pourra venir s'établir quand elle voudra, mais il pense que, vue l'entrée de l'hiver, elle différera jusqu'au printemps. » M. et M^{me} Coutanceau vinrent donc à Bordeaux en 1782. Ils furent logés à l'ancien Collège de la Madeleine et firent chez eux leur cours.

L'École d'accouchements était fondée; mais M. et M^{me} Coutanceau voulaient plus et mieux et une lettre de l'Intendant à M. de Vergennes, du 27 septembre 1784, constate qu'ils avaient demandé d'établir dans la maison où ils logeaient un service d'accouchements de dix à douze lits pour l'enseignement pratique des sages-femmes; le Maréchal de Mouchy était favorable à cette institution et les Jurats paraissaient bien disposés.

Une lettre du 15 octobre de la même année nous fournit encore un passage intéressant :

« Je suis fort aise, dit l'auteur, que M. Boutin ait approuvé votre projet d'établir à Bordeaux un hospice pour les pauvres femmes grosses, il est difficile de ne pas s'intéresser pour un établissement qui tend au bien de l'humanité et si je puis coopérer à son exécution, je m'y porterai avec plaisir. Le point le plus difficile est d'engager le Gouvernement à faire pour cela des sacrifices qu'il croira peut-être ne devoir regarder que la Ville. »

M. de Vergennes crut devoir consulter, sur la fondation projetée, M. Andouillé, premier chirurgien du

roi, celui-ci ne fut pas favorable au projet et proposa de faire faire ce cours à l'hôpital et par les chirurgiens de cet établissement. En faisant connaître cette nouvelle à M^{me} Coutanceau, l'Intendant l'engagea à partir pour Paris afin de défendre sa proposition; pour lui, tout ce qu'il pouvait faire était de différer d'obéir aux ordres du Ministre.

L'année suivante, en 1785, un cours théorique d'accouchements fut créé, comme nous l'avons dit, au Collège de Chirurgie. M^{me} Coutanceau continua son cours théorique aux sages-femmes comme par le passé et, en 1790, l'Assemblée constituante l'approuva et lui accorda le même traitement.

La création d'un hôpital destiné aux femmes en couches fut différée et ne se réalisa qu'en l'an II (1793-94).

Voici, à ce sujet, les seuls renseignements que nous ayons trouvés; ils sont tirés d'un travail manuscrit sur *La charité bordelaise*, dont M. le vicomte de Pelleport est l'auteur et qu'il nous a gracieusement communiqué; nous ne voulons pas oublier de lui en adresser nos sincères remerciements.

Un certain citoyen Clochar, architecte et républicain exalté, avait été chargé, par des arrêtés des 25 et 27 nivôse an II (14 et 16 janvier 1794), approuvés par les représentants du peuple Tallien et Ysabeau, de l'administration des hospices de Bordeaux; il rendit ses comptes le 1^{er} fructidor an II (18 août 1794). Dans ce rapport, il dit : « Je suis à même d'établir avec ces mêmes fonds un hospice pour y recevoir les filles et femmes enceintes qui n'ont point les moyens pour accoucher. »

Ce projet fut réalisé; car, dans un arrêté qui a pour date le 18 brumaire an II (8 novembre 1794), Ysabeau, après avoir parlé de la création par Clochar de l'Hospice de Bienfaisance, établi dans le couvent des Béné-

dictins (Sainte-Croix) et de l'Hospice des Incurables, ajoute :

« A cet égard, nous avons encore félicité le citoyen Clochar de son dévouement et de son intelligence également louables. Nous avons reconnu de plus que, dans ce dernier asile de l'homme infirme et sans espoir de guérir, il a trouvé le moyen d'en former un troisième d'autant plus précieux pour l'humanité qu'il manquait essentiellement à une commune aussi peuplée que l'est la cité de Bordeaux, et que toute âme sensible réclamait depuis longtemps. Il a assuré une retraite salubre aux filles et aux femmes enceintes qui n'ont aucun moyen et souvent même aucun asile pour déposer le fardeau toujours cher à la nature qu'elles portent dans leur sein. »

Suit un arrêté qui approuve tout ce qu'avait fait Clochar et le nomme administrateur des trois hospices de Bienfaisance, des Incurables et de la Maternité.

Quelle fut l'organisation de cet hospice, quels éléments d'instruction offrait-il aux sages-femmes? Nous l'ignorons entièrement et il nous faut arriver à l'an IX pour trouver un document qui puisse nous éclairer. C'est un arrêté préfectoral du 24 thermidor que nous allons analyser.

Cet arrêté décide qu'il continuera à y avoir à Bordeaux deux cours trimestriels d'accouchements, que ces cours seront gratuits pour les indigentes, que des prix seront distribués à la fin de l'année, enfin qu'un jury médical, nommé par le Préfet, fera subir un examen aux sages-femmes et accordera à celles qui en seront dignes un diplôme sans lequel elles ne pourront exercer.

En l'an X, le Ministre de l'Intérieur, sur le rapport de son Bureau des secours et hôpitaux de la République, organisa la Maternité de Paris par arrêté du 11 messidor. S'inspirant de cet exemple, le Préfet de

la Gironde prescrivit, par arrêté du 5 vendémiaire an XI, des mesures destinées à atteindre le même but et en régularisa le mode d'exécution par arrêté du 17 brumaire de la même année. Ces arrêtés ayant une grande importance, nous croyons devoir les reproduire intégralement.

« ARRÊTÉ DU 5 VENDÉMAIRE AN XI (27 SEPT. 1802).

» Le Conseiller d'État, Préfet du département de la Gironde;

» Vu l'arrêté du Ministre de l'Intérieur du 11 messidor dernier, qui organise sur un nouveau plan le cours d'accouchements institué à Paris;

» Considérant que cet arrêté prescrit aux élèves sages-femmes d'assister à tour de rôle aux accouchements qui se font dans l'hospice de la Maternité;

» Qu'on ne peut qu'applaudir à la sagesse d'une telle disposition, que la pratique peut seule efficacement éclairer la théorie;

» Considérant que les élèves du professeur d'accouchements établi à Bordeaux trouvent en partie cet avantage dans l'usage continu de fantômes approuvés par la Faculté de Chirurgie de Paris, qu'il est néanmoins plus utile d'étudier la nature sur elle-même que sur des simulacres inanimés;

» Considérant que le jury examinateur des élèves du dernier concours établit les mêmes vérités dans son procès-verbal et vote pour que les élèves assistent aux accouchements qui se font à la Maternité;

» Considérant enfin que la discrétion et la prudence veulent qu'il soit fait des exceptions à cette règle :

» ARRÊTE :

» *Article 1^{er}.* — Les élèves du cours d'accouchements établi à Bordeaux assisteront deux à deux et à tour de rôle à ceux qui se font dans l'hospice de la Maternité.

» Elles n'y seront admises que sous la direction du professeur et sous la surveillance du directeur de l'hospice.

» *Art. 2.* — Aucune élève ne sera admise à opérer, même dans les cas ordinaires, qu'elle n'ait été reconnue par le professeur et le directeur avoir les connaissances requises.

» *Art. 3.* — Dans les cas extraordinaires, le professeur et le directeur pourront appeler toutes les élèves auprès de la malade.

» *Art. 4.* — Attendu que les suites de couches, quelquefois très graves, exigent des soins particuliers, les élèves, pour étudier avec plus de succès cette partie essentielle de l'art, veilleront auprès des malades après les couches et les soigneront sous la surveillance du directeur.

» *Art. 5.* — Les personnes du sexe qui, admises dans l'hospice, voudraient être accouchées en particulier et sous le secret, seront tenues dans des appartements séparés et ne communiqueront qu'avec le directeur de l'hospice.

» *Art. 6.* — Il ne sera payé au professeur aucune indemnité pour ce surcroît de travail, qui fait partie essentielle de ses leçons.

» Le présent arrêté sera adressé au Ministre de l'Intérieur, à la Commission des Hospices de Bordeaux et au professeur d'accouchements. *Signé : DUBOIS.* »

L'article 5 de cet arrêté provoqua des observations de la part de la Commission des Hospices, qui ne voulut pas admettre l'établissement dans la Maternité de chambres où les femmes pourraient venir accoucher en secret et elle cita au Préfet un exemple récent qui avait causé un grand scandale. Cet article fut supprimé dans le nouvel arrêté pris le 17 brumaire (8 novembre 1802), arrêté que voici :

« Le Conseiller d'État, Préfet du département de la Gironde,

» Vu la loi du 16 messidor an VII, relative à l'Administration des Hospices civils, l'arrêté du Ministre de l'Intérieur du 11 messidor an X, qui organise sur un

nouveau plan le cours d'accouchements institué à Paris, notre arrêté du 5 vendémiaire dernier relatif aux leçons pratiques d'accouchements à donner aux élèves du cours théorique, par leur professeur dans l'hospice de la Maternité de Bordeaux, les observations présentées par la Commission administrative des Hospices de Bordeaux ;

» Considérant que la pratique pouvant seule efficacement éclairer la théorie, la manœuvre des accouchements est le complément des cours théoriques établis sur cette matière ;

» Que le Ministre de l'Intérieur a prescrit, par son arrêté du 11 messidor dernier, aux élèves sages-femmes de Paris, d'assister à tour de rôle aux accouchements qui se font dans l'hospice de la Maternité et qu'on ne peut qu'applaudir à la sagesse d'une telle disposition ; que les élèves du professeur d'accouchements établi à Bordeaux ne reçoivent des leçons de pratique que sur des fantômes, qu'il est néanmoins plus utile d'étudier la nature sur elle-même que sur des simulacres inanimés ; que le jury examinateur des élèves du dernier concours a rappelé cette vérité dans son procès-verbal, en votant pour que les élèves assistent aux accouchements qui se font dans l'hospice de la Maternité ;

» Considérant que cette mesure avait été prescrite par l'arrêté du 5 vendémiaire, mais qu'il convient d'en régulariser le mode d'exécution en l'appropriant au régime intérieur de cet hospice.

» ARRÊTE :

» *Art. 1^{er}.* — Le citoyen Coutanceau, Directeur-Accoucheur en chef de l'hospice de la Maternité de Bordeaux, y donnera aux élèves des cours théoriques, des leçons pratiques d'accouchements.

» *Art. 2.* — Il ne jouira d'autres appointements que ceux qui lui sont alloués et payés par la Commission administrative sur les fonds des hospices.

» *Art. 3.* — Les élèves seront toujours admises dans l'intérieur de l'hospice de la Maternité pour y remplir

successivement et à tour de rôle, pendant deux mois, les fonctions d'élèves infirmières, le nombre des élèves qui seront admises dans l'hospice sera d'abord de deux et pourra être augmenté dans la suite.

» *Art. 4.* — Le Professeur et le Directeur-Accoucheur désigneront tous les deux mois les élèves qui devront être admises dans l'intérieur de l'hospice, conformément à l'article précédent. Ils désigneront de préférence les élèves qui se distingueront par leur application à l'étude et par leur instruction.

» *Art. 5.* — Les désignations seront préalablement soumises à l'approbation du Préfet qui prendra l'avis de la Commission administrative.

» *Art. 6.* — Les élèves, pendant les deux mois qu'elles devront rester dans l'hospice, se conformeront exactement au règlement et au régime intérieur de cette maison.

» *Art. 7.* — Elles assisteront et pourront être employées aux accouchements qui se feront dans l'hospice; le Directeur-Accoucheur en chef leur fournira tous les moyens d'instruction pratique qui se concilieront avec les précautions qu'exigera l'état des femmes en travail; il pourra même, si les circonstances le permettent, leur faire faire les accouchements en sa présence et en leur rappelant les principes théoriques qu'elles auront déjà reçus.

» *Art. 8.* — L'article 5 de l'arrêté du 5 vendémiaire et ses autres dispositions contraires au présent sont rapportées. Le présent arrêté sera imprimé, adressé au Ministre de l'Intérieur et à la Commission des Hospices civils de Bordeaux.

Signé : DUBOIS. »

En vertu de ces arrêtés, les élèves sages-femmes étaient enfin autorisées à assister deux par deux et pendant deux mois consécutifs aux accouchements et pouvaient même en faire en présence du Directeur-Accoucheur en chef, et dans les cas extraordinaires pouvaient être appelées toutes à la fois. L'enseigne-

ment pratique des accouchements aux sages-femmes était enfin un fait accompli, un grand progrès était réalisé.

Avant d'aller plus loin, occupons-nous un moment du premier Directeur de la Maternité, Coutanceau, que l'on peut considérer comme ayant été avec sa femme le promoteur de la création de l'École d'accouchements et surtout de la Maternité.

Coutanceau fut nommé Directeur de la Maternité à sa fondation et recevait de ce chef 800 livres comme professeur des cours de pratique; en l'an XI, ses appointements furent portés à 1,000 francs. Enfin, devenu vieux, infirme et dans l'impossibilité de faire de la clientèle au dehors, il fut gratifié de 200 francs d'augmentation en l'an XIII. Il était de plus logé.

Coutanceau mourut le 17 messidor an XIII ou du moins sa mort fut annoncée ce jour-là à la Commission des Hospices. Le procès-verbal de la séance de ce jour fait l'éloge de Coutanceau et constate que c'est à la persévérance de ses sollicitations que l'on doit la création de l'hospice de la Maternité : « C'est par ses soins » constants et par les différents sacrifices qu'il a faits » que la Maternité a été maintenue jusqu'au jour où » la Commission des Hospices en prit la direction. » Les obsèques de Coutanceau furent faites aux frais des Hospices.

Coutanceau mort, plusieurs compétiteurs demandèrent sa place. C'était d'abord son fils, puis le Dr Cazéjus et enfin Lapeyre, ancien lieutenant du premier chirurgien du roi, chirurgien en chef de Saint-André, qui prit l'engagement de se démettre de ces fonctions s'il était nommé à la Maternité. Lapeyre à tous ces titres ajoutait celui d'ancien professeur d'accouchements à l'École de Chirurgie, aussi sa nomination s'imposait-elle; il fut donc nommé Professeur-Accoucheur en chef de la Maternité le 28 messidor an XIII

et reçut le titre de chirurgien consultant de Saint-André.

Les documents sur les premières années de fonctionnement de la Maternité sont assez rares pour que nous saisissons avec empressement ceux que nous rencontrons. Voici, par exemple, un rapport intéressant qui a trait à 1807; il a été écrit à propos de la demande faite par le Gouvernement d'envoyer une élève à la Maternité de Paris. Il y est dit que la première sage-femme était nommée au concours pour trois ans et la seconde choisie par la Commission des Hospices. Le professeur faisait les accouchements difficiles ou, quand il le jugeait convenable, les faisait faire par la première sage-femme en présence des élèves. La première sage-femme instruisait les élèves à pratiquer le toucher, elle faisait environ 50 accouchements par an. La deuxième sage-femme accouchait les primipares en présence du professeur ou de la première sage-femme et faisait aussi environ 50 accouchements par an. Chaque élève, dans ses deux mois de service, faisait à peu près 15 accouchements, les moins intelligentes n'en faisaient que 5 à 6. La Commission des Hospices, en présence de la situation satisfaisante qui lui était signalée, refusa d'envoyer et d'entretenir une élève à la Maternité de Paris.

Les registres hospitaliers nous font connaître qu'il y eut, en 1811, à la Maternité, 237 accouchements, que l'hôpital était déjà trouvé trop petit et qu'il était question de l'agrandir.

En 1812, le Préfet fit connaître à la Commission que M^{me} Coutanceau proposait deux répétitrices pour son cours théorique. Il fut répondu que le cours théorique d'accouchements n'était pas placé sous la surveillance de cette Commission et qu'il n'y avait pas lieu de s'occuper de cette affaire.

Le 28 juin 1814, Lapeyre fils fut nommé provisoire-

ment Directeur-Accoucheur adjoint, à titre gratuit, à la place de son père frappé d'apoplexie. Déjà, quelques jours auparavant (6 juin), M. Mabit avait demandé la place de professeur adjoint ou la survivance comme Directeur-Professeur. L'Administration répondit que Lapeyre fils, qui à tous égards méritait cette place, en remplissait déjà les fonctions depuis que son père était malade ; sa nomination fut du reste confirmée par le Ministre le 6 septembre. Il fut enfin nommé Directeur-Professeur en titre le 1^{er} décembre 1815. Lapeyre père, nommé Directeur honoraire, continua à loger dans l'hospice et à y être nourri, mais sans avoir de traitement.

Une note insérée dans les registres de l'époque, nous fait connaître que la Maternité renfermait alors 31 lits, mais qu'elle avait eu jusqu'à 65 femmes à la fois et en recevait ordinairement de 40 à 50.

L'année 1817 vint modifier d'une manière très favorable l'enseignement des sages-femmes à Bordeaux. La durée du cours théorique fut portée à deux ans et le nombre des élèves admises à la Maternité de deux à quatre ; chaque mois le professeur était tenu de donner des notes aux élèves, et le registre qui les contenait était soumis à la fin de l'année au jury chargé de la délivrance des diplômes.

M^{me} Coutanceau avait continué son cours théorique d'accouchements après la mort de son mari et logeait chez elle ses élèves. En 1816, elle habitait rue Bouhaut, hôtel Citran ; mais, l'année suivante, elle loua une maison rue des Incurables, à côté de la Maternité et y transporta le siège de l'École ; elle continua ses fonctions jusqu'en 1823, époque à laquelle elle mourut.

Nous ne pouvons la laisser disparaître sans nous arrêter un instant sur cette femme distinguée. Il est incontestable qu'elle seconda activement son mari

dans la création de l'École d'accouchements et de la Maternité. Elle rédigea pour ses élèves un *Traité élémentaire d'accouchements* par demandes et par réponses qui ne laisse pas que d'avoir une certaine valeur. Nous croyons connaître un portrait de M^{me} Coutanceau qui, d'après son possesseur, lui aurait été offert par ses élèves. C'est du moins ce qu'indiquait une inscription qui a été effacée. Ce portrait, qui porte la date de 1818 et le nom d'un peintre bordelais, représente une dame appuyée sur un bassin de femme posé sur un guéridon, bassin qu'elle semble décrire à une femme du peuple placée à côté d'elle. Bien que le nom de M^{me} Coutanceau ne soit pas au bas du tableau, nous croyons qu'il est difficile de ne pas l'y reconnaître; nous ne voyons pas, en effet, à quelle autre femme ce portrait pourrait se rapporter.

A la mort de M^{me} Coutanceau, une nouvelle sage-femme en chef fut chargée du cours théorique d'accouchements, c'était M^{lle} Dupéché devenue plus tard M^{me} Duboscq, que beaucoup d'entre nous ont connue; elle occupa longtemps ce poste et jouit d'une certaine réputation comme accoucheuse; elle était fréquemment appelée auprès des dames de la haute société bordelaise.

En 1832, la Commission des Hospices eut à s'occuper d'une demande des professeurs de l'École de Médecine, qui réclamaient l'admission des étudiants à la Maternité. La Commission répondit qu'elle ne pouvait donner suite à cette demande, l'introduction des élèves dans la Maternité ne pouvant avoir lieu sans de graves inconvénients. Le *Bulletin médical de Bordeaux* de cette époque s'exprime ainsi à ce sujet :

« Mais l'Administration a été invincible pour la Maternité. Vive la morale, toujours la morale, et meurent les femmes en couches qu'assisteront les médecins formés à une école où l'on professe bien un cours d'accouche-

chents, mais d'où l'on sort sans avoir pratiqué une seule fois le toucher, sans avoir suivi le travail de l'enfantement! »

La campagne continua l'année suivante et le *Bulletin* adjura Lapeyre, professeur d'accouchements à l'École et à la Maternité, de profiter de sa position pour faire ouvrir la Maternité aux étudiants.

Le 29 mai 1837, Lapeyre fut nommé Directeur honoraire de la Maternité et conserva les fonctions de médecin accoucheur en chef, professeur des cours pratiques, et comme il n'était plus ni logé ni nourri, ses appointements furent portés à 2,000 francs. Il devait faire deux visites quotidiennes à la Maternité et se tenir prêt à tout appel de jour et de nuit.

En 1838, un nouveau règlement fut adopté pour la Maternité qui fut enfin ouverte, théoriquement du moins, aux étudiants en médecine. Voici quelques articles de ce règlement qui nous intéressent particulièrement :

« DU MÉDECIN ACCOUCHEUR.

» *Art. 43.* — Il fait deux fois par jour au moins une visite à chaque lit, accompagné des élèves de la maison ainsi que des élèves de l'École de Médecine, lorsque la Commission autorise leur admission aux cours pratiques et il donne aux uns et aux autres les explications et leçons sur les cas journellement observés.

» DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

» *Art. 52.* — Aucun individu étranger à l'Administration ne peut être admis dans l'hospice, à l'exception des quatre élèves en médecine autorisés par la Commission à suivre les cours du médecin accoucheur, lesquels ne peuvent néanmoins entrer dans l'hôpital et y rester que pendant la durée de la leçon, après laquelle ils seront tenus de sortir. Tout élève contre lequel il serait

porté des plaintes fondées serait privé de suivre les cours et serait remplacé par un autre. »

La santé de Lapeyre laissait à désirer depuis quelque temps, il prit d'abord un congé et bientôt on fut obligé de reconnaître qu'il ne pourrait jamais reprendre ses fonctions; la Commission dut alors, à la demande du Préfet (25 mai 1841), s'occuper de le remplacer. Son choix s'arrêta sur le Dr Barnetche, qui fut nommé médecin accoucheur en chef le 16 juin 1841. L'année suivante il fut, en outre, chargé de la chaire d'accouchements à l'École de Médecine. M. Barnetche, outre son cours théorique, dut faire des leçons de clinique aux étudiants admis à la Maternité; nous en trouvons la preuve dans le compte rendu des travaux de l'École pour 1842. Il y est dit, en effet, en parlant de M. Barnetche : « Ses leçons théoriques et pratiques ont répondu aux besoins de cette instruction; » et plus loin le Directeur de l'École remercie les membres de la Commission des Hospices pour le concours bienveillant qu'ils ont prêté à l'installation des cliniques dans l'hospice de la Maternité et à Saint-André.

En 1845 et sur une nouvelle demande de l'École de Médecine, la Commission des Hospices porta de trois à quatre le nombre des élèves en médecine admis à la Maternité⁽¹⁾.

Cette admission des étudiants, obtenue avec tant de peine, fut au moment de disparaître en 1847. Le 30 juillet, en effet, un accouchement étant survenu la nuit à la Maternité, le professeur d'accouchements et les internes de l'hôpital avaient été avertis. Le professeur ne pouvant venir se fit remplacer par son adjoint, sept étudiants se présentèrent à la fois à la Maternité

(1) Il semble qu'il y ait quelques contradictions sur le nombre des étudiants désignés comme admis à la Maternité, mais nous nous sommes conformés aux indications des registres.

et forcèrent pour ainsi dire la porte. La supérieure protesta auprès de la Commission des Hospices, qui décida que les étudiants ne devaient pas être admis la nuit. Le 6 avril, pour éviter une exclusion absolue, M. Gintrac, directeur de l'École, proposa de limiter à quatre le nombre des élèves admis ; sur ce nombre il ne pourrait y avoir que deux internes. En 1848 et 1850, l'École de Médecine s'occupa à plusieurs reprises de la Clinique d'accouchements. Ce service fonctionnait-il régulièrement ? Il est permis d'en douter. En effet, dans la séance du 3 juillet 1851 du Conseil de l'École, on donna connaissance d'une lettre de M. le Recteur qui demandait, entre autres choses, si les élèves étaient admis à la Maternité.

Par contre, à la réunion du 2 septembre, à l'occasion de l'affiche des cours, M. Barnetche obtint que la Clinique d'accouchements eût lieu à six heures et demie du matin.

Dans la séance du 8 janvier 1852, à propos de la cessation des fonctions de médecin de la Maternité de M. Barnetche, le Directeur de l'École dit qu'il avait conçu le projet d'établir une Clinique d'accouchements à l'hôpital Saint-André, qu'il y aurait beaucoup d'obstacles, mais qu'il ne désespérait pas d'y parvenir et que l'affaire était en voie d'arrangement. L'affaire aboutit, en effet, en 1854 et se termina favorablement pour l'École de Médecine.

La Clinique d'accouchements de l'hôpital Saint-André fut ouverte le 1^{er} mai 1854, elle était modeste dans ses proportions, car dix lits seulement s'y trouvaient. Un professeur titulaire, un professeur suppléant et une sage-femme étaient attachés au service, de plus le chef interne était appelé en cas d'empêchement des professeurs. La Clinique était alimentée par l'envoi hebdomadaire de deux filles sur le point d'accoucher, en outre, quelques femmes grosses y étaient

de temps en temps transférées des divers services de Saint-André, et enfin le chef interne pouvait recevoir d'urgence les femmes qui se présentaient avec un commencement de travail. La visite avait lieu chaque matin à sept heures et trois fois par semaine elle était suivie d'une leçon clinique. Les élèves de troisième et de quatrième année suivaient ces cours. Ils étaient admis à tour de rôle et par série au travail des femmes en couches, sous la direction immédiate du professeur qui, dans les cas simples, chargeait l'un d'eux de faire l'accouchement. Les jours où il n'y avait pas de leçons, les élèves étaient exercés au toucher. Dans les cas graves et lorsqu'il fallait intervenir pour terminer l'accouchement, tous les élèves qui avaient le droit de suivre la clinique étaient admis. La Clinique d'accouchements existait enfin réellement et il était devenu possible à tout étudiant d'avoir vu quelques accouchements avant de subir sa thèse et à un certain nombre d'en avoir pratiqué quelques-uns.

La création de la Clinique d'accouchements de Saint-André rompit le faible lien qui avait rattaché pendant quelque temps l'École de Médecine et la Maternité; force nous est donc de dire séparément quelques mots de ces deux établissements désormais distincts.

La Clinique d'accouchements eut pour titulaires le Dr Rousset et à sa mort, survenue en 1872, le Dr Labat. Sous leur direction savante, de nombreux élèves furent initiés à la connaissance théorique et pratique des accouchements. Ce service reçut un nouveau développement à la création de la Faculté et fut confié, après la mort de Labat, au Dr Moussous, qui en est le titulaire actuel.

En 1882, le 1^{er} novembre, un enseignement spécial, théorique et pratique, fut créé pour les sages-femmes à la Faculté de Médecine. L'enseignement de l'obstétrique était désormais complet à Bordeaux, car les

sages-femmes trouvaient encore des cours théoriques et pratiques à l'École départementale d'Accouchements dont nous allons nous occuper maintenant.

Nous avons laissé Barnetche médecin accoucheur de la Maternité, il conserva ses fonctions jusqu'en 1851 et eut pour successeurs, d'abord M. Dupouy, puis MM. Charles Dubreuilh, Flornoy et Lugeol.

Cependant la Maternité n'était point restée dans le local étroit et malsain où nous l'avons vue tout d'abord, à côté des Incurables. Presque dès le début, on dut songer à l'abandonner; mais cette mesure ne fut sérieusement envisagée que beaucoup plus tard, en 1864, et son projet de transfert dans le domaine de Pellegrin, acquis par la Commission des Hospices, donna lieu à des discussions passionnées parmi le Corps médical. Le projet fut néanmoins réalisé en 1877. Il n'entre pas dans notre plan de décrire les établissements divers dont nous venons de parler, nous avons voulu seulement tracer à grands traits leur histoire depuis leur fondation jusqu'à l'époque actuelle.

Pour pouvoir faire bien saisir la série des faits que nous venons de rapporter, nous terminerons ce travail par un résumé très concis.

Jusque vers 1763 ou 1779, aucune trace d'enseignement quelconque de l'art des accouchements, soit pour les sages-femmes, soit pour les chirurgiens; à cette époque, création de cours périodiques d'accouchements par M^{me} du Coudray.

En 1782, création d'une école théorique d'accouchements pour les sages-femmes, dirigée par M^{me} Coutanceau.

En 1785, création d'un cours théorique d'accouchements au Collège de Chirurgie; le professeur fut Lapeyre, lieutenant du premier chirurgien du roi.

En 1794 et à l'instigation de Coutanceau, création

par la commune de Bordeaux de l'hospice de la Maternité.

En 1802, organisation de l'enseignement pratique des sages-femmes à la Maternité.

En 1838, ouverture de la Maternité à quelques rares étudiants (deux ou quatre).

De 1838 à 1854, état précaire de cet enseignement.

En 1854, 1^{er} mai, inauguration de la Maternité de l'hôpital Saint-André.

En 1882, 1^{er} novembre, création d'un enseignement spécial, théorique et pratique, pour les sages-femmes à la Faculté de Médecine.

M. Pujos. Je désire ajouter un renseignement au travail si documenté que vient de nous lire M. Pery. Avant la création de la Faculté de Médecine de Bordeaux, le chef interne de l'hôpital Saint-André fut un moment supprimé. Dès lors, le premier interne fut chargé des fonctions de chef de Clinique d'accouchements de l'École de Médecine, fonctions qu'il a conservées par la suite, malgré le rétablissement du chef-internat. Pour plus de précision, je me propose de fournir, à la prochaine séance, les dates exactes où se sont accomplis ces faits qui me semblent du domaine de l'histoire locale si intéressante présentée par M. Pery.

Rapport.

M. Arnozan, au nom d'une Commission composée de MM. Pitres, Régis et Arnozan, lit sur la candidature de M. Lavielle (de Dax), au titre de membre titulaire de la Société, un rapport dont les conclusions sont :

1^o Déposer honorablement les travaux imprimés de M. Lavielle dans les archives de la Société ;

2^o Renvoyer son mémoire manuscrit au Comité de publication ;

3^o Mettre l'élection de M. Lavielle à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Voici le travail manuscrit envoyé par le Dr C. Lavielle à l'appui de sa candidature :

Un nouveau cas d'acromégalie.

Un malade, qui était venu à l'établissement thermal des Baignots de Dax pour y soigner des douleurs rhumatoïdes, m'a fourni le sujet de cette observation intéressante. Celle-ci a été rédigée avec soin par mon ami M. Defoug, élève à l'École de Médecine militaire de Lyon.

Le cas que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation se rapporte à une maladie qui n'est connue que depuis quelques années seulement et qui se rencontre bien rarement dans la clientèle courante; il s'agit d'un nouveau cas d'*acromégalie*.

Malgré la rareté de cette affection, l'attention des médecins a été vivement éveillée par l'aspect si caractéristique en général des déformations dont sont atteints les malades. Aussi, bien que l'histoire de l'*acromégalie* ne date que de 1885 (*), époque à laquelle M. Marie, alors interne du professeur Charcot et actuellement agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, la décrivit pour la première fois dans un mémoire resté célèbre et lui appliqua le nom qu'elle porte aujourd'hui, les travaux publiés sur cette affection sont déjà nombreux et, malgré la rareté relative de l'*acromégalie*, la littérature médicale, tant en France qu'à l'étranger et principalement en Italie et en Allemagne, compte à l'heure actuelle une cinquantaine d'observations.

Est-ce à dire que les faits de ce genre aient par cela même perdu tout intérêt?

Nous ne le pensons pas, car bien des points restent à élucider. Malgré certaines hypothèses plus ou moins

(*) Marie. De l'*acromégalie*. (*Rev. de Méd.*, 1886.)

plausibles, l'étiologie est encore complètement inconnue; la thérapeutique est nulle ou à peu près. La symptomatologie elle-même, la seule partie qui soit définitivement établie, offre des variétés cliniques importantes à noter. Le diagnostic présente parfois de sérieuses difficultés, notamment avec une affection nouvellement décrite par M. le Dr Marie et par M. le professeur Bamberger, je veux parler de l'*ostéoarthritis hypertrophiante pneumique*. Je rappellerai, enfin, qu'il s'est élevé entre certains auteurs, Erb et Gerhardt notamment et le Dr Marie, des dissentiments que celui-ci explique en soutenant que quelques-uns des cas vus par les médecins d'outre-Rhin ne sont pas probablement de l'acromégalie véritable. Aussi, tous les cas nouveaux de cette curieuse entité morbide méritent-ils d'être signalés, car de leur étude peut dépendre la solution de l'un ou de plusieurs des problèmes qui restent à résoudre.

C'est ce qui m'a engagé à vous communiquer l'observation suivante qui, du reste, présente quelques particularités intéressantes, sur lesquelles j'aurais à insister.

M. X..., âgé de quarante-deux ans, exerce la profession de charron.

Antécédents héréditaires : père mort paralytique à l'âge de soixante-six ans.

Antécédents collatéraux : a un frère qui a toujours été bien portant.

Antécédents personnels : le malade nous dit n'avoir jamais fait de maladie. Il a perdu son œil gauche vers l'âge de quinze ans, mais il ne peut nous fournir de renseignements précis au sujet de cette infirmité; il nous dit seulement qu'il a perdu la vue insensiblement, sans phénomènes douloureux.

A cet âge aussi, contusion du crâne au sommet de la voûte, par une cheville de fer tombant d'une certaine

hauteur, traumatisme suivi d'une perte de connaissance qui dura trois heures.

Histoire de la maladie. — La maladie qui nous occupe a débuté chez notre malade à l'âge de vingt-cinq ans. Celui-ci avait alors une taille de 1^m65. A partir de vingt-cinq ans, le malade a commencé à se voûter; ses pieds, ses mains, sa tête ont pris peu à peu un développement anormal. Progressivement, les diverses parties de son corps se sont modifiées en s'hypertrophiant, de telle sorte qu'actuellement le malade est complètement transformé au point de vue de ses traits, de la forme de sa tête, de son thorax et de ses membres.

Pendant ce temps, le malade souffrait d'une céphalalgie frontale très intense, mais discontinue, durant chaque fois un temps variable, vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures pour revenir tous les huit, quinze ou même vingt jours.

Depuis l'âge de vingt-cinq ans, son œil droit est devenu myope.

État actuel. — Taille, 1^m50. Déformation générale. Modifications du côté de certains organes.

Peau. — Jaune brunâtre, flasque, ridée à la tête, présentant de nombreux grains de *molluscum pendulum*; quelques-uns à la face, un grand nombre sur le dos.

Les poils sont relativement rares; ils sont gros et rudes, tombent, s'arrachent très facilement; de même pour les cheveux.

Mains. — Hypertrophies camardes, ayant la forme de battoirs; les plis de la peau y sont fortement accentués, ils sont même énormes; la face palmaire a un aspect capitonné. L'éminence hypothénar est considérablement augmentée de volume. Le tissu cellulaire sous-cutané est très développé. A la face dorsale, la peau a un aspect à peu près normal. Les saillies des tendons extenseurs y sont fort nettes; le tissu cellulaire sous-cutané n'y semble guère modifié.

Les muscles de la main sont atrophiés. Les métacarpiens sont hypertrophiés, principalement au niveau de leur extrémité inférieure; on peut très facilement les

palper avec la flaccidité caractéristique de tous ces tissus.

Largeur de la main au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes à la face palmaire.....	12 cent.
Longueur prise du milieu de l'articulation radio-carpienne au sommet du médius..	21 —

Doigts. — Ils sont un peu plus longs, mais leur largeur est surtout exagérée. Les têtes articulaires des trois phalanges sont nettement hypertrophiées, principalement les têtes qui forment l'articulation phalango-phalangienne.

Tour du pouce au niveau de l'articulation des deux premières phalanges....	10 cent.
Tour de l'index.....	9,50
Tour du médius.....	9,50
Tour de l'annulaire.....	8,50
Tour du petit doigt.....	8
Tour du pouce au niveau de la partie médiane de la première phalange.....	8
Tour de l'index.....	8,50
Tour du médius.....	8
Tour de l'annulaire.....	7,50
Tour du petit doigt.....	7

Ongles. — Relativement petits, ramollis, striés longitudinalement, tendant à se relever sur leur bord libre.

Poignet. — Son volume est exagéré par hypertrophie des extrémités articulaires du radius et du cubitus. Sa circonférence au niveau des apophyses styloïdes est de 21°5.

Avant-bras et bras. — Extrémités osseuses augmentées de volume.

Tour au niveau de l'articulation radio-humérale.....	28 cent.
Circonférence de la partie médiane du bras.....	26

Pied. — Énorme. Hypertrophie dans toutes ses dimensions et dans tous ses tissus; une exception est à faire pourtant pour les muscles, qui sont atrophiés.

La peau est épaissie, mais c'est surtout le tissu cellulaire sous-cutané qui est fort développé, principalement au niveau du talon et sur le bord externe du pied, où il forme un énorme bourrelet.

Le squelette du pied est augmenté de volume; l'hypertrophie des têtes antérieures des métacarpiens est caractéristique. Les tubercules du calcaneum sont fort saillants. La mollesse des différents tissus permet de palper avec facilité les os du pied.

Tour du pied passant par le talon et le cou-de-pied.....	39 cent.
Tour au niveau de l'articulation de Lisfranc.....	31
Tour au niveau du milieu des corps des métatarsiens.....	29
Longueur du pied depuis le talon au sommet du deuxième orteil.....	30
Largeur de la face plantaire (prise au milieu du pied).....	11
Longueur de la face plantaire (au niveau des articulations métatarso-phalangiennes).....	12,50
Longueur de la face plantaire (en avant du talon).....	10
Largeur du talon.....	9

Orteils. — Caractéristiques. Leur pulpe est énorme, surtout celle du gros.

Tour du gros orteil.....	13 cent.
--------------------------	----------

Ongles. — Fort petits, ayant les mêmes caractères qu'à la main.

Jambes. — Épaississement des malléoles.

Tour de la jambe au niveau des malléoles.....	29,50
---	-------

Varices nombreuses, surtout à la jambe droite.

Rotule. — Augmentée de volume dans les deux sens, Elle est recouverte par un gros paquet de tissu cellulaire. Les condyles fémoraux sont hypertrophiés, de

même que l'extrémité supérieure du tibia et le grand trochanter.

Extrémité céphalique. — Crâne asymétrique, surélevé à droite. La ligne courbe occipitale supérieure proémine d'une façon anormale. Dépression longitudinale sur la partie médiane du crâne, coïncidant avec une ride profonde de la peau.

Bosses frontales remontées; rebord orbitaire supérieur fort saillant.

La face est également asymétrique, plus large à droite qu'à gauche. Les arcades zygomatiques sont très épaisses et élargies; elles sont déjetées en dehors. Entre la saillie zygomatique et le nez, on voit une dépression plus prononcée à droite qu'à gauche.

Le nez est agrandi dans toutes ses dimensions, principalement en longueur.

Le *maxillaire supérieur* semble en retard sur les autres os de la face au point de vue du développement; il est relativement moins augmenté de volume.

Le *maxillaire inférieur* est exagéré dans toutes ses dimensions; les angles en sont fort accentués. Le fer à cheval antérieur a allongé sa courbure; il est devenu anguleux.

Les *dents* sont écartées les unes des autres.

Tour de tête.....	63 cent.
Largeur prise de la racine du nez à la pointe du menton.....	26
Largeur prise du lobule de l'oreille à la symphyse du menton.....	15
Diamètre occipito-mentonnier.....	28

L'*oreille* est grande, anguleuse en haut; ses cartilages sont durcis, épaissis et ont perdu leur souplesse.

Largeur de l'oreille.....	8 cent.
---------------------------	---------

Thorax. — Considérablement déformé, surtout dans sa partie moyenne.

Le sternum est large. Le manubrium est incliné en dedans et forme avec le sternum un angle saillant en

avant; au niveau de l'articulation manubrio-sternale, épaississement considérable des extrémités osseuses.

L'appendice xyphoïde est incliné aussi en dedans; il forme avec le sternum un angle saillant en avant. Les deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième côtes sont très hypertrophiées; la troisième est énorme. Les cartilages intercostaux ont pris des dimensions considérables; les fausses côtes ont leur épaisseur normale.

Le côté droit du thorax forme une voussure plus prononcée qu'à gauche; l'hypertrophie y est plus exagérée, si bien que l'épaule droite est remontée.

La colonne vertébrale est modifiée dans ses courbures.

La colonne dorsale présente une courbure très accentuée, à convexité dirigée en arrière.

La colonne cervicale, de concave en arrière, est devenue droite. La tête se trouve ainsi portée en avant et repose sur le sternum.

La colonne dorsale présente, en outre, une scoliose à droite.

Périmètre thoracique..... 109 cent.

Le bassin est augmenté de volume dans toutes ses dimensions.

Contour du bassin passant par les tro-
chanters..... 101 cent.

Contour au niveau de la ceinture..... 100

Système nerveux. — Céphalalgie frontale intense, discontinue; revient moins souvent qu'au début de la maladie.

Le malade est intelligent, porté à la rêvasserie. Plutôt triste que gai.

Sensibilités tactile, au froid et au chaud, à la douleur, conservées.

Organes des sens. — Vue : œil droit atteint de myopie moyenne. Œil gauche complètement perdu. Les dimensions sont fort réduites; cornée opacifiée; acuité nulle; pas de phosphènes. Odorat et goût conservés. Tact et ouïe normaux.

Système circulatoire. — Le cœur occupe sa place normale. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal sur le bord inférieur de la cinquième côte.

Système circulatoire. — Intact.

Larynx dur au toucher ; ses cartilages sont épaissis et très durs. Voix forte et basse.

Le foie est logé dans la voussure que le thorax forme à droite, voussure dirigée en arrière et en dehors. Aussi peut-on très facilement passer la main sous les fausses côtes et toucher le foie qui est en arrière, ceci lorsque le malade est couché et grâce à la grande flaccidité de la peau et des muscles de l'abdomen.

Appareil digestif. — Rien d'anormal à la vue et au toucher.

L'estomac est cependant légèrement dilaté.

Le malade a un grand appétit.

Comme on vient de le voir, l'étiologie de l'affection est ici tout aussi obscure que dans les autres cas d'acromégalie antérieurement publiés. Point d'antécédents héréditaires ; le début remonte à l'âge de vingt-cinq ans, au dire du malade, mais remarquons bien qu'à l'âge de quinze ans il a perdu l'œil gauche. Or, les auteurs qui se sont occupés de l'acromégalie ont signalé dans cette affection la fréquence des troubles visuels précoces, dus vraisemblablement à l'hypertrophie du corps pituitaire, qui vient comprimer les nerfs optiques.

Notre malade appartient au sexe masculin ; mais cette question de sexe n'a aucune importance, suivant les remarques concluantes du Dr Marie.

Pas de trace de syphilis ni de froid humide dans les commémoratifs.

Les causes invoquées par certains auteurs sont tout à fait banales et ne sont pas susceptibles d'être généralisées.

Dans les antécédents, on note cependant un père paralytique et un traumatisme crânien ; cela suffit-il

pour donner au mal une origine nerveuse? Certes, il y a quelques années seulement, on avait une tendance marquée à invoquer des perturbations des centres nerveux quand on se trouvait en présence de lésions trophiques multiples et systématiques. Ces vues n'étaient d'ailleurs pas entièrement théoriques, car les troubles trophiques de l'ataxie locomotrice, de l'atrophie musculaire progressive, de la syringomyélie, etc., sont fréquents et incontestablement liés à des altérations des centres nerveux plus ou moins systématisées.

Mais les autopsies d'acromégaliques n'ont guère justifié jusqu'ici les idées qui rattacheraient l'origine de la maladie à une affection primitive ou secondaire des centres nerveux. Le plus souvent, on n'a rien trouvé ni du côté du cerveau ni du côté de la moelle; on a constaté seulement dans certains cas une énorme hypertrophie du système lymphatique. Il est vrai que le Dr Waldo ⁽¹⁾ a rapporté, à la Bristol medico-surgical Society, un cas où l'on retrouva à l'autopsie une cavité ovale d'un centimètre de diamètre à l'extrémité postérieure de l'hémisphère droit; une seconde cavité plus petite à la partie postérieure de la seconde circonvolution temporo-sphénoïdale; enfin, deux autres encore, moins profondes dans la partie antérieure de chacun des lobes du cervelet.

Ce qui ôte de leur valeur à ces lésions, c'est qu'elles n'étaient pas systématiquement localisées, qu'elles étaient récentes et qu'enfin elles paraissaient dues à des embolies, le cœur étant hypertrophié et atteint de rétrécissement aortique.

D'ailleurs, à l'heure actuelle, on connaît des troubles trophiques symétriques et multiples dont l'origine paraît être toute autre que nerveuse.

(1) Waldo. *British medical Journal*, mars 1890, p. 662.

Dans la *Revue de Médecine* de janvier 1890, M. le Dr Marie, le père de l'acromégalie, publiait un mémoire très intéressant sur une affection nouvelle qui simule, jusqu'à un certain point, l'acromégalie et à laquelle il a donné le nom d'*ostéo-arthropathie hypertrophiante d'origine pneumique*.

Cette affection nouvelle a d'ailleurs fait le sujet d'une excellente thèse inaugurale, soutenue par le Dr Lefebvre, ex-interne des hôpitaux de Paris.

Or, voici comment le Dr Marie comprend dans cette affection la production et le développement des troubles trophiques : « Il semble vraisemblable, dit-il, que » sous l'influence de microorganismes, la production » au niveau des lésions de l'appareil respiratoire de » substances purulentes ou fermentées, passant ensuite » dans la circulation, exerce une action élective sur » certaines parties des os et des articulations, pour » déterminer les lésions de l'*ostéo-arthropathie hypertrophiante*. »

C'est de la même façon qu'on tend de plus en plus aujourd'hui à expliquer le renflement en baguette de tambour des doigts des phtisiques, et même, en précisant davantage et utilisant les découvertes les plus récentes de la biologie microbienne, on admet que les ptomaines, sécrétions des microbes, transportées par la circulation, sont susceptibles de troubler la nutrition de tel ou tel système de tissus et en particulier, dans le cas actuel, du système osseux et du système conjonctif proprement dit.

Mais notre malade n'a aucune affection respiratoire ou intestinale qui puisse nous faire penser à un mécanisme pathogénique analogue.

S'appuyant sur la persistance du thymus chez la plupart des acromégaliques connus jusqu'ici, Klebs admettait une corrélation intime entre ces deux ordres de faits. Au premier abord, cette hypothèse semble

séduisante, surtout quand on se souvient des troubles nutritifs engendrés par la suppression du corps thyroïde et auxquels on a donné le nom de *myxœdème*. Il y a même une sorte de parenté plus apparente que réelle entre le myxœdème et l'acromégalie.

Malheureusement pour l'hypothèse de Klebs, la persistance du thymus n'est pas un fait constant. Peut-être le corps pituitaire pourrait-il remplacer, dans le cas qui nous occupe, le thymus comme cause pathogénique; mais les fonctions du corps pituitaire sont trop peu connues pour qu'on puisse essayer de l'établir comme base à une théorie quelconque. Constatons seulement que chez notre malade l'hypertrophie du corps pituitaire semble remonter beaucoup plus loin qu'il ne le dit, et c'est le seul facteur étiologique important que nous ayons pu relever.

D'après le Dr Marie, cette coïncidence est très fréquemment constatée, soit à l'autopsie, soit pendant la vie du malade, grâce à l'existence de troubles oculaires variés dont l'évolution est généralement très lente.

D'un autre côté, faut-il admettre, avec Freund, que l'acromégalie n'est que la continuation de l'accroissement physiologique plus ou moins troublé dans son système normal? Je ne le pense pas, puisque dans quelques cas l'acromégalie a débuté dans l'enfance et dans d'autres cas dans l'âge mûr, où le développement est terminé depuis longtemps.

Faut-il incriminer la lèpre qui donne parfois lieu à des troubles trophiques? La question est actuellement à l'ordre du jour et les récentes communications du Dr Zambaco-Pacha sur l'identité de la lèpre d'Orient et du panaris analgésique de Morvan d'une part, les études nouvelles sur les dystrophies de nos cagots pyrénéens d'autre part, ouvrent peut-être une voie nouvelle à l'étiologie de l'acromégalie, bien que dans

les antécédents héréditaires du malade je n'aie rien relevé de bien net sous ce rapport.

La maladie dont il est atteint est bien l'acromégalie, malgré quelques nuances que nous relèverons bientôt et qui caractérisent notre observation.

Le malade rentre, en effet, dans le type normal, si l'on considère, non seulement les altérations des extrémités, mais surtout celles de la tête et du thorax.

Dans une leçon faite en 1888 à la Salpêtrière, M. le Dr Marie décrivait ainsi les modifications de l'extrémité céphalique :

« Pour ce qui est de l'extrémité céphalique, il convient d'y considérer ses deux régions crâniennes et faciales dont la dernière est la plus atteinte. Le crâne offre une augmentation spéciale de sa circonférence due à ce que la cavité des sinus ou des espaces compris entre les deux tables osseuses est agrandie. On constate, de plus, l'exagération des différentes saillies apophysaires des sutures et même des empreintes musculaires. Quant à la face, le frontal est bas, les yeux gros au point parfois d'avoir permis la confusion avec le goître exophtalmique; souvent, les paupières sont longues et épaisses. Constamment, le nez est exagéré suivant tous ses diamètres, longueur, largeur, projection en avant; les narines et la sous-cloison participent à cette augmentation. Les pommettes sont en général assez saillantes, non en raison de l'exagération des os maxillaires, comme je l'avais pensé tout d'abord, mais par le fait de la dilatation de l'antre d'Highmore. La bouche est remarquable par la dilatation excessive de la lèvre inférieure qui, et c'est là le caractère constant, est renversée en bas et en dehors; la lèvre supérieure, elle, reste normale. La langue présente un volume énorme; elle est large, épaisse, mais pas très longue... Je tiens, en outre, à attirer particulièrement

» votre attention sur la saillie du maxillaire inférieur
 » qui détermine un pognathisme très accentué. En
 » raison de l'état de cet os, les dents ne se correspon-
 » dent plus. »

Or, si nous considérons l'observation de notre malade, nous voyons que le crâne a perdu son aspect normal, que la ligne courbe occipitale supérieure est très saillante, ainsi que les bosses frontales et les arcades orbitaires.

La face est très asymétrique, plus large à droite qu'à gauche; les arcades zygomatiques sont hypertrophiées et déjetées en dehors. Le nez est agrandi dans toutes ses dimensions, principalement en largeur; le maxillaire inférieur est très développé et ses angles très accentués, comme chez la plupart des acromégaliques. Le sternum, large, est très saillant en avant et il présente une *cyphose cervicale inférieure et dorsale supérieure*, comme chez les malades décrits par Marie.

Rien donc de bien spécial à noter du côté de la tête et du thorax, sauf cependant l'asymétrie des lésions beaucoup plus prononcées d'un côté que de l'autre.

Du côté des mains et des pieds, l'aspect des altérations trophiques ressemble en gros à ce qu'a décrit le Dr Marie dans son premier mémoire, altérations qui ont été précisées avec un nombre relativement considérable d'observations par M. le Dr de Souza-Leite dans sa thèse inaugurale (1).

Les mains, énormément élargies, méritent parfaitement le nom de *mains en battoir*, mais tous les traits du tableau morbide ne demeurent pas absolument constants.

« Ordinairement, dit M. Marie, la motilité est in-
 » demne, parfois même exagérée, les muscles possé-
 » dant une vigueur exceptionnelle. »

(1) De Souza-Leite. *L'Acromégalie*. Paris, 1890.

Il est vrai qu'il a soin d'ajouter : « D'autres fois, il n'en est pas ainsi; les masses musculaires sont flasques, peu résistantes et paraissent atteintes d'atrophies. »

Cette exception à la règle posée plus haut se remarque également chez notre malade. On constate, chez lui, que les muscles de la main sont atrophiés; c'est l'éminence hypothénar qui constitue la saillie la plus marquée.

Bien que l'augmentation de volume des doigts se soit produite principalement dans le sens de la longueur, leur largeur est également augmentée. On note l'hypertrophie classique, dirons-nous, des métacarpiens; mais celle-ci surtout marquée au niveau de l'extrémité inférieure.

M. le Dr Marie a insisté sur ce point que l'hypertrophie porte, en somme, exclusivement sur la main, respectant le poignet, l'avant-bras et le bras. Ce n'est pas tout à fait le cas chez notre malade. On remarque, au contraire, chez lui, une particularité qui le rapproche de la maladie de Paget et surtout de l'*ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique*.

En effet, chez lui, le volume des poignets est exagéré par *hypertrophie des extrémités articulaires inférieures du radius et du cubitus*.

Ils mesurent 21°50 au niveau des apophyses styloïdes, c'est à dire que les extrémités osseuses de l'avant-bras sont manifestement augmentées de volume.

Les pieds ressemblent bien à ceux d'un acromégaly, avec cette particularité déjà notée pour les mains que les muscles sont légèrement atrophiés. Les métatarsiens sont très épaissis, principalement au niveau de leurs têtes antérieures; les apophyses du calcaneum sont très saillantes; les orteils sont caractérisés tant par la forme de leurs ongles que par le développement exagéré de leur pulpe.

Mais ici encore l'hypertrophie a dépassé le pied et on constate, comme d'ailleurs le Dr Marie l'a signalé, non seulement une saillie notable de la rotule, mais encore un élargissement du plateau tibial et une hypertrophie des grands trochanters fémoraux.

Les acromégaliques ont une santé générale assez bonne; c'est ce qu'on observe chez notre malade qui ne se plaint que de céphalalgies gravatives fort pénibles, survenant par accès et dues probablement à l'hypertrophie du corps pituitaire.

La marche est essentiellement chronique et rebelle et c'est ce que malheureusement j'ai pu constater chez mon malade. Tous les traitements ont échoué; par conséquent le pronostic est très défavorable.

Il importe alors de faire un diagnostic exact qui permettra d'être fixé sur l'avenir des lésions que l'on a sous les yeux.

Le diagnostic a été fort bien exposé par M. le Dr Marie dans un mémoire initial et par M. le Dr de Souza-Leite dans sa thèse de 1890.

On nous permettra d'y revenir, surtout parce que dans ces deux dernières années on a séparé du groupe, aussi vaste que confus des ostéo-arthropathies chroniques, des types morbides qui prêtent jusqu'à un certain point à la confusion avec l'acromégalie.

Je fais allusion surtout à l'ostéo-arthropathie hypertrophiante d'origine pneumique, décrite dans le mois de janvier 1890 par M. Marie ⁽¹⁾ et étudiée en détails par le Dr Lefebvre ⁽²⁾ l'année suivante.

Les deux états pathologiques diffèrent par leur nature et leurs manifestations.

L'acromégalie se montre, comme chez notre malade,

⁽¹⁾ Marie. De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. (*Rev. de Méd.*, janv. 1890.)

⁽²⁾ Lefebvre. *Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire*. Th. de Paris, 1891.

avec un caractère de spontanéité qui en fait une entité morbide autonome, tandis que l'ostéo-arthropathie est précédée d'une affection pulmonaire antécédente.

Chez l'acromégالية, l'extrémité céphalique, le nez, le maxillaire inférieur ont un développement excessif avec hypertrophie non seulement des os, mais encore des parties molles; tandis que dans l'ostéo-arthropathie pneumique, les parties dont nous venons de parler sont simplement exagérées et il n'existe pas, en particulier, de défaut d'adaptation des deux arcades dentaires.

Dans l'ostéo-arthropathie, on n'observe pas l'élargissement et la déformation du sternum comme chez notre malade et très souvent chez tous les acromégاليques.

Chez ceux-ci, la modification de courbure intéresse toujours la région cervico-dorsale et la colonne vertébrale, de telle sorte que la tête paraît penchée en avant et enfoncée entre les épaules, comme le montre nettement une des photographies que je fais passer sous vos yeux. Dans l'ostéo-arthropathie, cette déviation n'existe pas, ou bien elle a son siège dans la région dorso-lombaire.

Les déformations des mains et des doigts nous semblent moins faciles à bien distinguer dans les deux affections, quoi qu'en disent les D^{rs} Marie et Lefebvre.

« Dans l'acromégالية, les mains proprement dites » seules sont augmentées de volume, tandis que dans » l'ostéo-arthropathie hypertrophiante l'accroissement » porte aussi sur les extrémités inférieures des os de » l'avant-bras. »

Or, nous venons de voir que notre malade à ce point de vue pourrait être regardé comme atteint d'ostéo-arthropathie hypertrôphiante.

Ce caractère n'est donc pas aussi différentiel qu'on a voulu le dire.

Les doigts des acromégaliques sont gros et cylindriques, tandis que ceux des ostéo-arthropathiques sont renflés en baguettes de tambour. L'inspection des empreintes que nous avons l'honneur de vous présenter pourrait, au premier abord, induire en erreur; mais le renflement latéral que présentent les dernières phalanges est dû à l'étalement mécanique des parties molles hypertrophiées. La photographie des deux mains montre, au contraire, nettement cette forme de baguettes de tambour.

Chez les acromégaliques, les ongles sont petits, striés et n'ont pas une tendance à envahir et à recouvrir les parties molles et à prendre la forme d'un verre de montre ou d'un bec de perroquet. Il y a donc, comme chez notre malade, un léger arrêt de développement de l'ongle qui est flexible et ramolli, comme dans un certain nombre d'observations.

Nous n'insisterons pas sur l'hypertrophie de la peau; nous ferons remarquer néanmoins que notre malade, comme presque tous les acromégaliques, présente de nombreux grains de *molluscum pendulum*; c'est un petit fait qui, en raison de sa constance, mérite d'être signalé.

On a l'habitude de faire le diagnostic de l'acromégalie avec la maladie de Paget, le myxœdème, le rhumatisme chronique, les altérations tuberculeuses et syphilitiques de la main. Mais, en conscience, nous croyons que le seul diagnostic délicat, c'est celui que nous venons de faire, car les autres ne présentent aucune difficulté.

La maladie de Paget se caractérise non seulement par l'hypertrophie, mais encore par une incurvation notable des os du squelette. Les fémurs et les tibias se courbent en avant; par suite, les genoux et les pieds s'écartent les uns des autres et parfois les jambes sont croisées en forme d'X. Les côtes étant soudées, la res-

piration est presque exclusivement diaphragmatique; la taille est diminuée, l'ensemble général simiesque; le crâne est volumineux, mais la face reste normale.

Le myxœdème est facile à distinguer de l'acromégalie, car l'analogie des deux affections est tout à fait grossière. La main est bouffie, mais non hypertrophiée dans son squelette; il en est de même pour le pied. Le ventre est la partie la plus saillante du corps et non le thorax comme chez l'acromégalique. En outre, pas de cyphose; les traits sont empâtés, mais n'ont rien de l'aspect si particulier des malades qui nous occupent.

Dans le rhumatisme chronique, il peut y avoir déformation assez notable des doigts et de quelques jointures, mais la main n'est pas hypertrophiée dans son ensemble. Il y a des poussées douloureuses caractéristiques et, comme reliquat des inflammations précédentes, on trouve des craquements articulaires caractéristiques. D'ailleurs, la tête et le thorax ne sont point déformés et l'attitude des doigts est tout autre.

Nous ne dirons rien des altérations tuberculeuses et syphilitiques de la main et du pied. Ces lésions ne sont pas diffuses et symétriques et leur aspect diffère complètement de celles de l'acromégalie. Un simple coup d'œil permettra d'éviter toute confusion.

La séance est levée.

SEANCE DU 15 DÉCEMBRE 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

Lettre du Comité organisateur de l'Exposition qui aura lieu à Bordeaux en 1895.

Lupus tuberculeux superficiel de la face. — Présentation de malade.

M. W. Dubreuilh lit le travail suivant :

Une des causes qui ont contribué à obscurcir la question encore si controversée de la nature du lupus érythémateux est d'une part la variété des types cliniques de cette dernière affection et de l'autre l'existence apparente de formes de passage entre le lupus érythémateux et le lupus tuberculeux. Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un de ces cas ambigus.

Le lupus vulgaire ou lupus tuberculeux est essentiellement caractérisé par la production dans l'épaisseur de la peau de petits nodules néoplasiques qu'on appelle des nodules ou tubercules lupiques. Il était considéré comme le type des maladies tuberculeuses de la peau, au point de vue clinique et dermatologique, bien avant qu'on se doutât qu'il s'agissait d'une véritable tuberculose de la peau, au point de vue anatomo-pathologique et microbiologique. Il mérite donc doublement le nom de lupus tuberculeux.

Ces nodules lupiques peuvent se développer plus ou moins vite, durer plus ou moins longtemps, se terminer par résorption interstitielle ou ulcération, mais en tout cas laissent nécessairement une cicatrice à leur suite. Ils peuvent être gros ou petits, isolés ou confluents, profondément enfoncés dans le derme ou superficiellement situés; leur présence détermine dans le derme qui les entoure, dans l'épiderme qui les recouvre, des réactions inflammatoires variables;

le tempérament du malade, son âge, la région du corps atteinte contribuent encore à diversifier le lupus.

A toutes ces différences dans l'évolution, le groupement ou la localisation des nodules constitutifs correspondent des variétés cliniques différentes de la même maladie.

Une des plus intéressantes de ces variétés est celle qui est caractérisée cliniquement et anatomiquement par la superficialité des lésions et qui constitue le lupus tuberculeux superficiel ou lupus vulgaire érythématoïde de Leloir.

Dans cette forme, les nodules lupiques sont situés à fleur de peau, sous l'épiderme; ils sont minces, aplatis, étalés, sans aucune profondeur; il en résulte que les phénomènes de réaction des tissus voisins sont également superficiels; la congestion qui entoure habituellement les nodules est tout entière étalée aux regards et par suite la rougeur constitue le symptôme prédominant qui masque la présence des nodules; la cicatrice que le lupus laisse à sa suite est mince, souple, n'atteignant que les couches les plus superficielles du derme.

Obs. I. — Le malade que je vous présente est un cultivateur de vingt-sept ans, qui est placé à l'hôpital dans le service de M. le professeur Arnozan, qui a bien voulu m'en confier le traitement; le lupus, qui date chez lui de huit années, a été précédé de divers accidents du côté des muqueuses.

Il n'y a rien de bien particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires. Son père est mort depuis deux ans d'une pleurésie aiguë; sa mère a toujours été bien portante et vit encore; il a six frères ou sœurs bien portants; deux de ses tantes, qu'il n'a du reste jamais connues personnellement, paraissent avoir été phthisiques. Lui-même, n'a jamais présenté de symptômes de scro-

fule et n'a jamais été en contact intime avec des tuberculeux.

Vers l'âge de quinze ans, il devint sourd des deux oreilles; il souffrait un peu de l'oreille droite, mais n'a jamais eu d'otorrhée. A dix-huit ans, il a extrait de son oreille droite un bouchon allongé, très dur, probablement cérumineux, et depuis lors l'audition s'est parfaitement rétablie à droite, mais est restée dure à gauche. Vers la même époque, il a eu quelques troubles du côté des fosses nasales; il a remarqué que son nez était obstrué et il a eu une dacryocystite double qui a été traitée par les sondes de Bowman.

Le lupus a fait son apparition à dix-neuf ou vingt ans par un bouton sur l'aile du nez et, à vingt-un ans, il fut réformé par le conseil de revision pour son lupus. La maladie s'est graduellement étendue sur le nez en formant des croûtes épaisses, puis sur la lèvre supérieure et les joues, sous forme d'une rougeur violacée sans croûtes. Vers le commencement de l'année courante, les lésions du nez se sont cicatrisées, mais après en avoir détruit toutes les parties molles.

Aujourd'hui (15 décembre 1893), le lupus forme un large placard qui couvre tout le nez, la partie interne des joues d'une façon symétrique, la plus grande partie de la lèvre supérieure, dont les parties voisines des commissures sont seules respectées; à sa partie supérieure, le placard est nettement limité par une ligne droite allant de l'un à l'autre angle interne des yeux. Le lobule et les ailes du nez ont disparu ainsi que la sous-cloison, laissant un orifice assez large, au fond duquel on voit la cloison osseuse.

Sur le nez, la peau est mince, sans infiltration appréciable, d'un rouge un peu violacé, sillonnée de veines dilatées, couverte d'un épiderme mince, lisse, desquamant peu abondamment en petites lamelles très fines, nacrées. Elle est modérément tendue sur les parties profondes et encore assez mobile malgré son état cicatriciel. En faisant pâlir la peau par la pression, on reconnaît à sa surface de très petits points jaunes, gros comme une tête d'épingle, sans saillie ni épaisseur apparente.

La lèvre supérieure est très légèrement épaissie, mais parfaitement souple. Toute sa partie moyenne est occupée par une cicatrice très peu apparente, très superficielle, sur laquelle les poils sont clairsemés; il n'y a pas de rétraction cicatricielle et l'on y reconnaît quelques rares nodules jaunes.

Sur les joues, les lésions présentent une couleur plus accusée et à ce niveau, surtout à la limite de la plaque, on trouve les lésions les plus typiques. La peau est d'un rouge un peu violacé, sans induration ni épaississement; elle est souple et plutôt molle, présentant à peine quelques traînées cicatricielles qui ne sont visibles que par la pression; sa surface est très légèrement mamelonnée. Quand on anémie la peau par la pression, on la voit occupée en grande partie par des nodules lupiques parfaitement caractérisés par leur couleur gelée d'abricot et leur mollesse, mais extrêmement superficiels, sous-épidermiques, très minces et donnant presque l'impression de taches plutôt que de nodules. Ils ont une largeur de deux à trois millimètres, sont parfois confluent et leur épaisseur paraît très faible.

La limite de la plaque sur les joues est assez irrégulière, sans présenter de bordure comparable à celle du lupus érythémateux. En dehors de ces limites, se trouvent un certain nombre de lésions isolées typiques. Ce sont des nodules du volume d'un grain de mil, d'un rouge cuivré, très légèrement saillants, mais mous, de sorte que la saillie est inappréciable au toucher, sans infiltration profonde; leur surface est un peu luisante et présente une fine desquamation nacréée. Quand on fait disparaître par la pression la teinte érythémateuse qui les entoure et les recouvre, on aperçoit très nettement le nodule aplati couleur gelée d'abricot.

Rien aux poumons.

Le nez a été examiné par M. le Dr Moure, qui nous a remis la note suivante : « Les cornets inférieurs et moyens sont granuleux, recouverts de croûtes jaunâtres, disposés sous forme de lamelles obstruant les méats inférieurs et moyens. Une fois les croûtes enlevées, les cornets inférieurs apparaissent atrophiés, surtout à droite.

» Tout à fait en avant, le fibro-cartilage de la cloison est détruit presque complètement, offrant une perte de substance en forme de croissant dont la concavité est tournée en avant. La muqueuse de la cloison est épaissie et granuleuse. Au naso-pharynx, signes évidents de propagation de la lésion.

» Oreille droite à peu près saine. L'oreille gauche présente des signes d'une ancienne obstruction tubaire. »

Ce cas est actuellement un bon exemple de la forme superficielle du lupus vulgaire, mais il ne l'a pas toujours été, car les délabrements du nez montrent que dans cette région les lésions ont été autrefois plus profondes. Il faut aussi remarquer la symétrie parfaite de la maladie qui contribue à lui donner une grande ressemblance avec le lupus érythémateux.

Le fait suivant, observé il y a deux ans, est plus typique encore.

Obs. II. — M^{me} B..., âgée de quarante-deux ans, se présente à ma consultation, le 9 décembre 1891, avec un lupus qui couvre toute la joue droite et forme des taches disséminées en divers points de la face.

Le placard principal occupe toute la joue droite depuis le rebord orbitaire inférieur jusqu'au bord du maxillaire inférieur, offrant la forme d'un triangle à base supérieure. Toute cette surface est d'un rouge vif parfois violacé, avec quelques marbrures cicatricielles plus blanches, et couverte d'une légère desquamation. La peau est à peine épaissie et ne présente qu'une infiltration très superficielle; elle est parfaitement souple, même au niveau des cicatrices. En faisant pâlir la peau par la pression, on voit qu'elle est un peu cicatricielle, mais que cette altération n'atteint que la surface; on constate de plus qu'elle est criblée de nodules d'un demi à deux millimètres de large, de la couleur gelée d'abricots caractéristique, minces, aplatis et tout à fait superficiels. Le pourtour de la plaque est irrégulier, mal défini, formé tantôt par la cicatrice, plus souvent par

des nodules plats, sans aucune saillie, entourés d'une rougeur diffuse qui déborde largement sur la peau saine.

Sur la pommette gauche, on trouve un placard semblable de la grandeur d'une pièce de cinq francs et une autre plaque d'un centimètre de large à la partie inférieure de la joue.

Sur chaque versant du nez, à droite et à gauche, se trouve une petite plaque rouge de même structure, d'un centimètre de large; une plaque cicatricielle, glabre et déprimée, de la grandeur d'une petite amande, se trouve au-dessus du front, cachée dans les cheveux; une petite plaque occupe le lobule de l'oreille droite; l'ourlet de l'oreille gauche est superficiellement cicatriciel.

Un petit ganglion dur, gros comme un haricot, datant de quatre ans, est situé au-devant du lobule de l'oreille droite.

En somme, la distribution des lésions et même leur apparence dans une certaine mesure rappellent beaucoup le *lupus érythémateux*, dont elles se distinguent par l'absence de bordure des plaques et par la présence de nodules lueux typiques, bien que très minces et superficiels.

Comme je le disais en commençant, le principal intérêt de cette forme de *lupus tuberculeux* réside en son analogie d'aspect avec le *lupus érythémateux*. Le *lupus tuberculeux superficiel* s'observe surtout chez des individus adultes ou même d'âge mûr. Il occupe la face et cela d'une façon à peu près symétrique.

Dans une des observations précédentes, la symétrie était parfaite et la plaque offrait la forme en papillon qui est classique dans le *lupus érythémateux*. Le placard est d'un rouge sombre, n'est ni ulcéré ni croûteux et les cicatrices que la maladie laisse à sa suite sont tout à fait superficielles. Dans l'observation II, l'ourlet de l'oreille était rongé absolument comme dans le *lupus érythémateux*.

Il y a cependant un certain nombre de différences très importantes. Le placard du lupus tuberculeux superficiel n'est jamais nettement marginé; il peut bien être finement squameux, mais ne présente jamais les squames blanches, épaisses, dures et adhérentes, garnies de prolongements coniques à leur face profonde, qui sont si caractéristiques dans le lupus érythémateux; on n'y voit pas non plus de bouchons épidermiques dans les orifices folliculaires. Dans nos deux observations, l'infiltration était très superficielle, difficile à sentir, tandis que dans le lupus érythémateux des mêmes régions elle est profonde et diffuse. Leloir a cependant observé une infiltration profonde. Le lupus tuberculeux superficiel est plus complètement indolent que le lupus érythémateux, où l'on observe souvent un peu de prurit et constamment de la douleur au grattage. Enfin, le signe le plus important qui est tout à fait pathognomonique est la présence des nodules caractéristiques du lupus tuberculeux. Ils sont toujours difficiles à découvrir et, chez quelques malades de Leloir, on n'en pouvait trouver que deux ou trois. Ils sont masqués par la rougeur et pour les voir il faut faire pâlir la peau par la traction ou par la pression. Unna recommande pour cela un instrument qu'il appelle *diascope* et qui n'est autre chose qu'une lame de verre, qui permet de comprimer la peau tout en la laissant voir par transparence. J'emploie de préférence pour cet objet une lentille convexe d'un seul côté qui permet d'exercer une pression plus énergique dans le point qu'on veut examiner, tout en permettant de voir à travers la face plane.

La démonstration anatomique et bactériologique de la nature de la maladie a été fournie par Leloir qui, dans des cas analogues, a trouvé des bacilles et a produit chez le cobaye la tuberculose par inoculation. Il en est de même dans un cas publié récemment par

Hardaway (¹), qui a trouvé des bacilles dans une lésion simulant le lupus érythémateux et qui paraît devoir être rattachée au lupus tuberculeux superficiel.

Sans vouloir traiter à fond la question de la nature du lupus érythémateux, question encore fort obscure, il faut reconnaître que cette affection n'est pas une lésion tuberculeuse au même titre que le lupus tuberculeux de Willan. L'inoculation aux animaux de fragments de lupus vulgaire détermine chez eux des lésions de tuberculose typique, l'examen microscopique y fait trouver des bacilles, bien qu'en petit nombre, tandis que la doctrine de l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux, bien qu'appuyée sur des documents cliniques importants, n'a jamais pu être démontrée par l'examen microscopique ou l'inoculation. Or, on avait admis autrefois des formes mixtes, lupus érythémato-tuberculeux ou des passages de l'un à l'autre; il est certain qu'il s'agissait souvent de faits analogues à ceux que je viens de rapporter.

Le lupus tuberculeux superficiel est une forme relativement bénigne, car sa marche est généralement lente et les délabrements qu'il occasionne sont médiocres. Cependant, dans ma première observation il y avait eu destruction à peu près complète des parties molles du nez, mais ces destructions s'étaient produites à un moment où le lupus offrait un type clinique différent, où il était ulcéré et croûteux. On sait combien le lupus est habituellement destructeur sur les parties minces, comme au pavillon de l'oreille; or, chez ma malade de l'observation II, l'oreille ne portait d'autres traces qu'une cicatrice superficielle.

En revanche, cette forme paraît assez rebelle au traitement. Le curetage, qui est une méthode de choix

(¹) Hardaway. Case of tuberculosis of the skin simulating lupus erythematosus. (American dermatological Association, 1893. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1893, p. 463.)

pour certaines formes, ne saurait être employé ici ; la curette ne pourrait qu'exciser des tissus tant sains que malades, car la superficialité des lésions et la difficulté qu'on a à les voir rendent inutiles les principales qualités de la méthode, qui sont la facilité de pénétrer profondément et l'exacte limitation de l'opération. On peut en dire à peu près autant de l'ignipuncture. La méthode de choix doit être la scarification qui peut sans inconvénient porter à l'aveuglette sur les tissus sains ou malades et peut être faite superficiellement. On peut aussi essayer l'emploi des caustiques électifs. Leur grand inconvénient, qui est de ne pas pénétrer assez profondément, n'en est pas un dans le cas actuel.

Hallucination unilatérale de l'ouïe. — Présentation de malade.

M. Régis lit le travail suivant :

Avant d'aborder l'étude de l'hallucination unilatérale et du cas qui fait l'objet de cette communication, il me paraît utile de rappeler en quelques mots les principaux caractères pathogéniques et cliniques de l'hallucination en général.

Considérée tour à tour comme un phénomène psychique, somatique ou psycho-somatique, l'hallucination est regardée aujourd'hui, surtout depuis les travaux de Tamburini ⁽¹⁾ et de Séglas ⁽²⁾, comme le résultat d'une excitation morbide d'un des centres corticaux du langage. De là, sa division en psychosensorielle ou psycho-motrice, suivant le centre où siège la stimulation.

⁽¹⁾ Tamburini. La théorie des hallucinations (*Rev. scient.*, 29 janvier 1881), et Hallucinations motrices (*Rev. scient.*, 1890).

⁽²⁾ Séglas. Les hallucinations psycho-motrices (*Progrès médical*, 1888), et *Des troubles du langage chez les aliénés* (Bibliot. méd. Charcot-Debove, Paris, 1892).

L'hallucination psycho-sensorielle, en raison même de sa nature, a pour principal caractère de déterminer une sensation extérieure identique à celles normalement perçues par les organes des sens. Elle peut être par suite auditive, visuelle, olfactive, gustative ou tactile. Baillarger en a tracé l'histoire dans une description à laquelle on a fort peu ajouté depuis ⁽¹⁾.

L'hallucination psycho-motrice consiste, elle, non pas seulement dans l'absence de tout élément sensoriel, comme on l'a cru pendant longtemps (hallucination psychique de Baillarger), mais, ainsi que l'a indiqué M. Séglas, dans le remplacement de cet élément sensoriel extérieur par un élément moteur intérieur, qui va depuis la simple formulation mentale de la pensée jusqu'à l'émission phonétique complète, en passant par le degré intermédiaire de l'articulation labiale visible, mais muette. Un certain nombre d'observations récentes ont pleinement confirmé à cet égard les vues de M. Séglas et démontré l'existence, dans les hallucinations psycho-motrices, de mouvements plus ou moins objectifs d'articulation, souvent perçus par les malades eux-mêmes. Les hallucinations psycho-motrices, le plus ordinairement orales, peuvent dans certains cas, rares chez les aliénés, se montrer sous la forme graphique ⁽²⁾. Elles s'accompagnent évidemment alors, non plus de mouvements du langage parlé, mais de mouvements du langage écrit.

Mais, de même qu'à l'état normal les images corticales du langage peuvent s'associer ou réagir les unes sur les autres, comme dans les phénomènes de la voix intérieure, de l'écriture parlée, de l'audition colorée, etc.; de même dans les hallucinations, les images

(1) Baillarger. *Des hallucinations, des causes qui les produisent*, etc. (Mémoire couronné par l'Académie de Médecine. Paris, 1846).

(2) E. Régis. *Folie systématisée religieuse avec hallucinations psycho-motrices orales et graphiques*. Bordeaux, 1892.

sensorielles peuvent s'associer entre elles ou réagir sur les images motrices, de façon à constituer des hallucinations complexes ou *mixtes*, comme les appelle M. Séglas. Il existe donc, en fin de compte, trois sortes d'hallucinations : 1° les *hallucinations sensorielles* ; 2° les *hallucinations motrices* ; 3° les *hallucinations sensorio-motrices* ou *mixtes*.

Ces données établies, j'en arrive à ce qui a trait aux hallucinations unilatérales.

A l'état normal, les phénomènes sensoriels se produisent dans les deux organes du même sens. Une image, par exemple, est perçue par les deux yeux, un son par les deux oreilles, etc. Il en est de même, habituellement, dans l'état pathologique. Ici cependant, la sensation morbide n'existe parfois que d'un côté : c'est l'*hallucination unilatérale*, qui peut être définie en conséquence « la localisation exclusive de l'hallucination dans une des deux moitiés symétriques du même sens, ou tout au moins sa prédominance manifeste et durable dans l'une de ces deux moitiés ».

L'hallucination unilatérale a été mal connue jusqu'à ces dernières années et Michéa qui en a réuni quelques rares exemples, mentionnés plutôt que décrits dans divers ouvrages, est le seul auteur d'avant la période actuelle qui l'ait signalée d'une façon tant soit peu précise. Voici, du reste, comment il s'exprime à cet égard ⁽¹⁾ : « Dans la perception toute fantastique ou subjective qui constitue le phénomène de l'hallucination, l'esprit éprouve une modification identique à celle qui survient dans la perception normale ou objective. La fausse représentation, l'apparence trompeuse dont il a conscience, lui semble être le résultat unique d'une impression extérieure exercée simultanément sur les deux portions symétriques ou homologues

(1) Michéa. *Du délire des sensations*, 2^e édit. Paris, 1851, chap. V, p. 106.

d'un appareil sensorial. L'attention se dirige sur le corps imaginaire et non pas vers les instruments à l'aide desquels l'impression peut s'effectuer. L'âme ramène à l'unité de l'objet fantastique la duplicité réelle des organes qui semblent recevoir et lui transmettre cet objet et par lesquels elle est censée en prendre connaissance. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, l'âme peut être affectée de telle sorte qu'elle perçoive un objet imaginaire de la même manière qu'elle percevrait un corps réel dont l'impression s'effectuerait sur une seule de ces deux portions symétriques ou homologues. En un mot, quoique toujours la même au point de vue de l'essence et de la forme, l'hallucination peut quelquefois perdre son unité de correspondance, se dédoubler, se dichotomiser pour ainsi dire relativement à un même appareil sensorial.

« Les hallucinations de l'espèce dont il s'agit ne sont susceptibles d'être aisément constatées que dans les sens du tact, de la vue et de l'ouïe. Quant aux organes de l'odorat et du goût, leurs moitiés symétriques étant adossées l'une à l'autre, en contact immédiat sur tous les points, il est par cela même et par d'autres raisons encore, plus difficile à l'esprit de s'assurer si, chez eux, la perception subjective est dédoublée. »

En dehors de ces vagues indications de Michéa, et si l'on excepte quelques faits très rares, rapportés çà et là sans commentaires par Maisonneuve ⁽¹⁾, Baillarger ⁽²⁾, Moreau (de Tours) ⁽³⁾, Schröder van der Kolk ⁽⁴⁾, Glynn ⁽⁵⁾, etc., je n'ai guère à signaler, jusqu'en 1881, que les observations de Robertson sur la

(1) Maisonneuve. *Observations sur l'épilepsie*, 1805.

(2) Baillarger. *Loc. cit.*

(3) Moreau (de Tours). *Du haschich et de l'aliénation mentale*, 1845.

(4) Schröder van der Kolk. *Path. und Therap. der Geisteskrankh.* Braunschweig, 1863.

(5) Glynn. *British med. Journ.*, 1875, t. II, p. 274.

fréquence relative des hallucinations unilatérales chez les aliénés, notamment chez les alcooliques, avec leur prédominance du côté gauche ⁽¹⁾ et les interprétations pathogéniques formulées incidemment par divers auteurs à propos de leur théorie générale des hallucinations. Ainsi Luys ⁽²⁾ et Ritti ⁽³⁾, qui attribuent l'hallucination à la perturbation fonctionnelle des centres de la couche optique, considèrent comme probable que l'hallucination unilatérale a pour point de départ la perturbation fonctionnelle hémilatérale de ces centres. Robertson ⁽⁴⁾, lui, rapporte la production de l'hallucination unilatérale à l'autonomie et à l'indépendance d'action des deux hémisphères et en fait, dans l'ordre sensorial, un phénomène analogue aux convulsions unilatérales dans l'ordre moteur. Tamburini ⁽⁵⁾, enfin, qui fait dépendre les hallucinations d'un état irritatif des centres sensoriaux de l'écorce, en déduit par suite que l'hallucination unilatérale est due à l'irritation de ces centres d'un seul côté.

C'est en 1881 que je publiai le premier travail spécial paru sur les hallucinations unilatérales ⁽⁶⁾. Ce travail s'appuyait sur quatre observations, dont trois personnelles et une empruntée à M. Arnold Pick ⁽⁷⁾ (de Prague). Dans l'une de ces observations, particulièrement intéressante au point de vue de la pathogénie, il s'agissait d'un jeune homme qui, sourd de l'oreille droite depuis l'enfance, avait reçu à l'âge de douze ans sur cette oreille un coup de pelote en cuir

(1) Robertson. *British. med. Journ.*, 1875, t. II, p. 274, et Association médico-psychol. Glasgow, 1878.

(2) Luys. *Recherches sur le système nerveux*, p. 346 et 559.

(3) Ritti. *Théorie physiologique de l'hallucination*. Th. de Paris, 1874.

(4) Robertson. *Loc. cit.*

(5) Tamburini. *Loc. cit.*

(6) E. Régis. Des hallucinations unilatérales; contribution à l'étude pathogénique des hallucinations (*L'Encéphale*, mars 1881).

(7) Arnold Pick. *Beitrag zur Lehre von der Hallucinationem*. 1880.

qui avait déterminé une otorrhée purulente persistante. Ce jeune homme, dégénéré, en était venu peu à peu à présenter du délire de persécution avec hallucinations auditives à type psycho-moteur (pensée répétée), siégeant exclusivement dans l'oreille malade. Frappé de cette localisation de l'hallucination dans un organe sensoriel ainsi irrité, je me demandai s'il n'y avait point là relation de cause à effet, et la disparition rapide de l'hallucination sous l'influence du traitement de l'otorrhée vint confirmer cette opinion. Ce fait, corroboré en partie par quelques autres observations, m'amena à conclure que « l'hallucination unilatérale reconnaissait pour cause une lésion unilatérale de l'organe du sens qu'elle affecte et cela, dans une partie quelconque de son trajet ».

L'année suivante, j'observai un malade presque en tout semblable au précédent, que M. le professeur Ball ⁽¹⁾ présenta à l'Académie de Médecine et que je présentai moi-même à la Société médico-psychologique ⁽²⁾. Il s'agissait, comme la première fois, d'un jeune homme atteint d'otorrhée purulente survenue à la suite d'un soufflet et aggravée par une fièvre typhoïde. Au bout d'un certain temps, ce jeune homme entendit des voix injurieuses à type psychosensoriel, uniquement dans l'oreille gauche; mais ces hallucinations étaient corrigées par sa raison, il se rendait compte qu'il s'agissait là d'un phénomène morbide et ne présenta jamais de véritables idées délirantes. Comme l'autre malade, il fut guéri de son otorrhée et de ses hallucinations sous l'influence d'un traitement local. C'était là une preuve péremptoire de plus en faveur de mes premières conclusions.

⁽¹⁾ B. Ball. Un cas d'hallucination unilatérale de l'ouïe (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1882).

⁽²⁾ E. Régis. Note sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne (*Soc. méd.-psychol.*, fév. 1882, et *France médicale*, t. 1, n° 35, 1882).

Depuis cette époque, la question est devenue pour ainsi dire d'actualité et, en outre d'observations assez nombreuses, elle a donné lieu à deux travaux d'ensemble : l'un de Seppili ⁽¹⁾, l'autre, plus récent, de M. Toulouse ⁽²⁾.

Le mémoire de M. Toulouse, excellente revue générale, établit la statistique de tous les cas connus d'hallucinations unilatérales, au nombre de 39, dont 26 pour l'ouïe, 7 pour la vue, 1 pour le tact, 4 pour la vue et l'ouïe, 1 pour l'ouïe, la vue et le tact. Les hallucinations unilatérales de l'ouïe sont donc de beaucoup les plus fréquentes; quant au côté du sens affecté, il est indifféremment l'un ou l'autre.

S'appuyant sur les caractères des cas publiés, dont il passe en revue les plus importants, M. Toulouse divise les hallucinations unilatérales en deux catégories : celles où il existe une lésion sensorielle périphérique et celles qui paraissent se rattacher à une lésion cérébrale; en d'autres termes, celles de cause externe et celles de cause centrale.

Ces dernières ont toujours une physionomie à peu près identique. Elles s'accompagnent d'hémiparésie, d'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle et d'hémiépilepsie, presque toujours du côté gauche; ce qui semble indiquer une lésion en foyer du cerveau. D'autre part, l'autopsie, pratiquée dans trois cas, révéla une fois (cas de Maisonneuve) ⁽³⁾, un abcès dans le lobe temporal droit; une seconde fois (cas de Glynn) ⁽⁴⁾, un abcès au niveau de la première circonvolution temporale droite; une troisième fois enfin (cas de Tomaszewsky) ⁽⁵⁾, où

⁽¹⁾ Seppili. Contribution à l'étude des hallucinations unilatérales (anal. in *Neurol. Centralblatt*, 1890, n° 21, p. 663).

⁽²⁾ Ed. Toulouse. Les hallucinations unilatérales (*Gaz. des Hôp* 4 juin 1892).

⁽³⁾ Maisonneuve. *Loc. cit.*

⁽⁴⁾ Glynn. *Loc. cit.*

⁽⁵⁾ Tomaszewsky et Saimonowitch. *Wjeśnik psychiatry i neuropathologii*, 1881, t. VI.

il y avait eu des hallucinations unilatérales gauches, visuelles et auditives, un ramollissement avec atrophie du pli courbe droit et de la première temporale, c'est à dire des lésions intéressant les points considérés comme les centres de l'audition et de la vision. Néanmoins, comme il existait concurremment chez presque tous ces malades une altération périphérique de l'organe sensoriel (otorrhée, sclérose de l'oreille moyenne, atrophie papillaire, etc.), M. Toulouse n'ose affirmer d'une façon absolue que cette forme d'hallucination unilatérale soit due à une lésion du cerveau, corticale ou centrale, intéressant le centre sensorial ou ses fibres et il se borne à donner le fait comme à peu près certain.

Quant aux hallucinations unilatérales par lésion sensorielle périphérique, M. Toulouse en a relevé 11 cas, dont 7 pour l'ouïe, sur lesquels 4 seulement lui paraissent réellement probants. « Les lésions de l'oreille constatées, dit-il, manquent de précision. Certains auteurs parlent d'un écoulement de l'oreille; d'autres disent « otite », sans trop spécifier. La plupart n'ont pas relaté d'examen otoscopique ni fonctionnel de l'oreille, si bien qu'il est difficile en ce moment de dire quelles sont les lésions qui coïncident avec les hallucinations. Il serait surtout intéressant de savoir si, dans les cas de ce genre, le nerf auditif lui-même est lésé. Pour l'œil, on a constaté une choréïdite (deuxième cas de Raggi) ⁽¹⁾, une amblyopie (cas de Pick), une papille blanchâtre (deuxième cas de Régis). En général, la lésion siège sur le sens halluciné, mais parfois elle siège sur celui opposé (premier cas de Régis), et d'autres fois même la lésion guérit l'hallucination (deuxième cas de Raggi). Dans ces deux derniers cas, il s'agirait d'illusions qui n'atteignent que l'œil sain et tant qu'il reste sain.

⁽¹⁾ Raggi. Sur deux cas d'hallucinations unilatérales (anal. in *Neurol. Centralblatt*, 1884, n° 41).

« Quel rapport y a-t-il entre ces lésions sensorielles et les hallucinations observées? Voyons d'abord les faits. Quatre ont une grande valeur; ce sont ceux de Régis (troisième cas), de Ball et Régis, de Mabile (1), de Buch (2), dans lesquels trois fois on a observé une guérison de l'hallucination avec la guérison de l'oreille et une fois une amélioration simultanée des deux ordres de phénomènes à la suite d'un traitement local. Il semble donc qu'il doive y avoir un rapport de causalité entre une lésion sensorielle et les hallucinations du sens lésé. Mais, d'autre part, la fréquence des lésions sensorielles de la vue et de l'ouïe sans hallucination indique bien qu'il y a dans la production de ce phénomène un second facteur, qui n'est pas la seule lésion sensorielle. Quel est-il? Est-ce la prédisposition vésanique du sujet? C'est ce qu'on admet aujourd'hui, bien que cette prédisposition vésanique ne soit guère qu'un mot. Est-ce la nature même de la lésion sensorielle qui, par son extension centrale, provoquerait à peu près fatalement l'hallucination? Des observations histologiques éclaireront peut-être ce point un jour. Quoi qu'il en soit, les lésions sensorielles sembleraient devoir déterminer les hallucinations par l'excitation périphérique des centres sensoriels de l'écorce, d'après les idées de Tamburini. »

Il est évident que la lésion sensorielle ne peut suffire à elle seule à déterminer l'hallucination. Il faut, de toute nécessité, que les centres corticaux soient à leur tour l'objet d'une excitation et que cette excitation tombe sur un sujet en état de réceptivité morbide. Je n'ai jamais, pour ma part, pensé autrement. Mais cela ne saurait diminuer en rien l'influence de la lésion sensorielle périphérique, qui reste très souvent le point

(1) Mabile. Cas de guérison d'hallucination unilatérale de l'ouïe de cause externe (*Ann. méd.-psychol.*, 1883, t. X).

(2) Max Buch. *Arch. f. Psych.*, 1881, Bd XI, p. 463.

de départ, l'agent provocateur de l'hallucination. Comment contester la prépondérance d'action de cette lésion sensorielle en présence de faits comme celui de M. Mabile : « Une femme avait un délire mélancolique avec des hallucinations de l'oreille droite. Une injection d'eau tiède dans le conduit auditif externe fit sortir un grain de blé entouré d'un amas de cérumen. On constata au spéculum un peu d'inflammation du tympan ; pendant quelques jours, un liquide jaunâtre s'écoula. Mais dès qu'on eût enlevé le corps étranger de l'oreille, le soir même, les hallucinations cessèrent. La malade guérit peu après de son état mélancolique. » Il paraît difficile dans les cas de ce genre, comme dans celui de Max Buch et dans ceux que j'ai cités moi-même, de nier que l'hallucination unilatérale fût due à l'irritation sensorielle phérphérique unilatérale.

Incontestable et prépondérant dans ce groupe d'hallucinations unilatérales, le rôle de la lésion sensorielle phérphérique n'est peut-être pas non plus absolument nul dans celles de ces hallucinations qui paraissent se rattacher à une lésion centrale, puisqu'on l'y retrouve la plupart du temps, ainsi que cela ressort des observations mêmes de M. Toulouse. En admettant donc la division des hallucinations unilatérales proposée par cet auteur, il n'en reste pas moins acquis que la cause principale du phénomène morbide réside dans une altération, surtout phérphérique, de l'organe du sens, comme l'ont admis avec moi Raggi ⁽¹⁾, Descourtis ⁽²⁾, Souchon ⁽³⁾, Seppili ⁽⁴⁾, etc.

Que cette altération ne soit pas toujours phérphérique, qu'elle siège parfois plus avant dans les profon-

⁽¹⁾ Raggi. *Loc. cit.*

⁽²⁾ Descourtis. *Mém. de l'Acad. de Méd.*, 1889.

⁽³⁾ Souchon. Hallucinations unilatérales (anal. in *Neurol. Centralblatt*, 1890, n° 21, p. 664).

⁽⁴⁾ Seppili. *Loc. cit.*

deurs de l'organe ou même dans les centres corticaux auxquels il aboutit, cela ne saurait être douteux et il est clair que chez un prédisposé, toute stimulation morbide, en quelque point de l'appareil sensorial qu'elle se produise, peut donner naissance à l'hallucination. Mais le fait n'infirme en rien l'idée que l'hallucination unilatérale est la conséquence d'une lésion unilatérale de l'organe du sens dans lequel elle se localise, à la condition de spécifier qu'elle peut siéger dans une partie quelconque de son trajet, c'est à dire être centrale ou périphérique.

Comme je tiens à établir que je l'ai toujours compris de la sorte et qu'en rattachant l'hallucination unilatérale à une lésion unilatérale de l'organe sensorial, je visais aussi bien les lésions profondes et centrales que les lésions périphériques; je reproduirai ce passage, très explicite, de mon travail de 1882: « Je me crois donc en droit de répéter et cette fois avec d'autant plus de raison que voici un nouveau cas des plus probants, que l'hallucination unilatérale reconnaît pour cause une lésion unilatérale du sens dans lequel elle se localise.

» Et cette lésion peut être non seulement une irritation matérielle ou exclusivement périphérique, mais aussi une lésion purement fonctionnelle, un trouble physique pouvant siéger jusqu'aux parties les plus profondes et les plus centrales de l'organe intéressé. »

Ce point acquis, il paraît logique et utile de conserver dans la pratique la division des hallucinations unilatérales en périphériques et centrales, établie par M. Toulouse, non seulement parce que le foyer d'irritation sensorielle qui les provoque n'a pas le même siège dans les deux cas, mais aussi parce qu'elles s'accompagnent de phénomènes morbides dissemblables et ont un pronostic différent.

Ce court résumé de la question terminé, je dois

maintenant exposer avec quelques détails l'observation du malade que j'aurai à présenter tout à l'heure.

OBSERVATION.

Hallucinations unilatérales sensorio-motrices liées à une lésion de l'oreille gauche avec bruit subjectif — Interprétations morbides — Idées délirantes d'hypocondrie et de persécution à forme raisonnée — Dégénérescence.

L... est un jeune professeur, âgé de vingt-six ans, intelligent et instruit, bien que paraissant au fond dégénéré et n'offrant pas dans ses antécédents héréditaires de tare cérébrale appréciable. Cependant, il a été fréquemment sujet dans l'enfance à des humeurs de tête, à des éruptions, à des phlegmons du cou. A l'âge de seize ans, à l'occasion d'une rougeole, il fut atteint de mal d'oreilles avec écoulement momentané et dès ce moment, il commença de se préoccuper de sa santé et de lire des ouvrages de médecine. En juillet 1891, il contracta une blennorrhagie assez intense qui exerça sur lui, comme sur beaucoup de dégénérés, une action particulièrement déprimante. Enfin, au printemps de 1892, il eut l'influenza.

La convalescence de cette dernière affection le laissa dans un état moral assez fâcheux. Il éprouva de l'insomnie, de l'inquiétude, de la confusion d'esprit, de la neurasthénie cérébrale et c'est à ce moment qu'apparurent des *sifflements dans l'oreille gauche*, comme des jets de vapeur. S'étant fait mettre en congé jusqu'en octobre, il consulta divers médecins, dont plusieurs otologistes; mais ses troubles auditifs persistèrent et ils ont duré, en s'aggravant, jusqu'à l'heure actuelle.

A l'état ordinaire, surtout dans le silence, le malade a constamment dans l'oreille gauche la sensation d'un sifflement continu, analogue au bruit « d'un fruit qui cuit », « d'une effervescence pas bien vive ». Or, ce sifflement est intimement lié à sa pensée, dont il suit les diverses fluctuations, se *modulant* pour ainsi dire sur elle, la reproduisant en quelque sorte objectivement,

chantant l'air et comme les paroles, s'il vient à chanter mentalement. Il ne peut pas interrompre ce bruit, mais il peut l'accentuer s'il concentre fortement son attention et l'atténuer s'il bouche l'oreille saine. Sa conviction est que « sa pensée se résout en un sifflement », s'échappe par un sifflement et est entendue au dehors.

Très enclin par nature à l'analyse subjective et à l'interprétation théorique, L..., fortement préoccupé de son mal, lui a cherché des explications diverses. Il a songé notamment au *microphone*, comme à un appareil susceptible de reproduire, en l'amplifiant, la voix pensée. Finalement, il s'est arrêté à une conception nosologique curieuse qu'il résume lui-même à peu près exactement dans les termes suivants :

« La pensée résulte d'une modification moléculaire des cellules cérébrales se transmettant de proche en proche aux nerfs de l'ouïe comme aux autres. S'il n'y a pas dans l'oreille un milieu qui interrompe la communication avec l'éther, la pensée se répand, fuse au dehors sous forme d'ondes sonores et est entendue à l'extérieur, comme le courant électrique qui, circulant dans un fil métallique, doit être isolé par la porcelaine afin de ne pas se perdre dans le sol. Chez lui, malheureusement, ces conditions pathologiques se trouvent réalisées. Son cerveau est dédoublé. L'hémisphère droit est sain et fonctionne normalement. Le gauche, au contraire, est malade et marche à part de son congénère, si bien qu'il affaiblit sa mémoire, son attention, sa vision mentale, le rend « anopse » et qu'il laisse échapper au dehors toutes les idées qu'il élabore, grâce à la disparition du milieu isolateur produite par l'affection auriculaire. »

Le malade ne se borne pas, du reste, à croire que sa pensée sort par le sifflement de son oreille et est entendue à l'extérieur; il s'est fait de cette idée des preuves sensibles qu'il peut, au besoin, reproduire à volonté. C'est ainsi qu'il y a quelques mois, se trouvant assis auprès d'un élève, il prononça mentalement le mot

« touche » au milieu d'un fort bourdonnement et aussitôt l'élève lui donna un coup de coude. L'autre jour, à mon cours, voulant nous édifier par une expérience décisive, il a chanté en pensée *le Clairon* de Déroulède et il est resté convaincu, malgré nos dénégations, que nous avions tous entendu cet air à distance. Très souvent et sans en rien dire, il pose mentalement des questions aux personnes qui l'entourent et chaque fois il découvre dans une parole ou dans un geste quelque réponse plus ou moins transparente, qui sert de nouvelle confirmation à sa croyance. Il se contente du reste de vagues à-peu-près dans ces muets interrogatoires dont son imagination malade fait au fond tous les frais. Un jour qu'il venait de me dire ainsi, intérieurement : « Secouez votre chaîne de montre », il vit dans un mouvement que je fis pour mettre ma main à la poche la claire indication que je l'avais compris. Un autre jour, ayant demandé de la sorte à M. Pitres s'il entendait sa pensée, il affirma que M. Pitres avait fait avec la tête un signe d'acquiescement que personne n'avait saisi. De même, étant allé à la consultation de M. Moure, il lui demanda mentalement s'il pouvait faire chanter quelqu'un par la volonté. Juste à ce moment, M. Moure l'ayant pris par la nuque pour le diriger vers le cabinet de pansement, il en conclut qu'il répondait ainsi à sa question, le mot *nuque* contenant un *n* comme le mot *chant*. Une autre fois enfin, venu à Bordeaux pour me voir, il rencontra sur sa route le Dr Guément et, à quelques pas derrière lui, un aveugle. Comme la veille, il avait beaucoup réfléchi en la discutant en famille à la question de la guérison des aveugles, il comprit par là que sa pensée avait été entendue et que quelqu'un de chez lui avait pu en parler à Bordeaux. En observant attentivement L... lorsqu'il se livre, sur notre demande, à son exercice d'interrogation psychique, on constate très visiblement, non seulement que ses traits s'animent comme dans l'acte de la parole, mais encore que ses lèvres se remuent et se livrent à ces mouvements d'articulation muette, si bien mis en lumière par M. Ségla

chez les malades atteints d'hallucinations psycho-motrices de degré moyen (1).

Comme conséquence de sa triste situation, L... com-

(1) Les malades qui entendent leur pensée répétée, particulièrement ceux qui l'entendent dans l'oreille, s'imaginent que les étrangers la perçoivent également et, en même temps qu'ils essaient de s'expliquer ce phénomène d'une façon plus ou moins plausible, ils sont portés à chercher et à trouver la preuve de son existence dans les réponses qu'on est censé faire à leurs interrogations mentales. Le sujet de l'observation principale de mon premier travail sur les hallucinations unilatérales ressemblait à ce point de vue trait pour trait à celui-ci. Il attribuait la répétition de sa pensée au phonographe, avait conscience des mouvements muets d'articulation de sa langue et croyait qu'on répondait à son langage intérieur. Voici, du reste, ce qu'il écrivait lui-même à cet égard : « Peu après, ma pensée étant exprimée, j'eus l'idée d'être devenu moi-même homme phonographe, en punition des méfaits à moi reprochés. Le phonographe n'est-il pas le seul instrument qui marque les voix et leur timbre ? Je ne soupçonnais pas une maladie ; une maladie exprimant oralement la pensée n'est-elle pas plus merveilleuse que toute combinaison possible ? J'imaginai donc qu'à chacune de mes pensées correspondait par habitude acquise un imperceptible mouvement de la langue qui la parlait, parole que transmettait l'homme, devenu phonographe. Appuyant sur ma langue en même temps que je formulais intérieurement quelque pensée, j'avais cru sentir ce mouvement. Je me trompais, je n'étais pas phonographié, mais on ne m'avertissait pas de ce que j'avais. En tout cas, il restait acquis pour moi que ma pensée était exprimée oralement et entendue par les autres. Dans quantité de restaurants, les individus, s'entretenant avec moi, répondaient à ce langage intime, faisaient le nombre de signes de tête que je leur demandais, répondaient aux questions que je leur posais ainsi, prononçaient exactement les paroles que je les priais de prononcer. Ma situation est réellement bien malheureuse, puisque j'ai à tout instant à craindre qu'on ne surprenne ma pensée, ce qui constituerait pour moi un véritable supplice moral dont je prie instamment qu'on me délivre, n'importe à quel prix. En tout cas, il est incontestable que j'entends ma pensée formulée à intelligible voix ; on ne saurait me démentir à ce sujet. Qu'il soit contestable qu'elle soit perçue par les autres, il ne l'est pas qu'elle le soit par moi : je suis seul juge de mes sensations. A chaque pensée qui me surgit à l'esprit, la phrase qui l'exprime est rendue presque avec bruit. Il en est ainsi surtout lorsque je me trouve en un endroit silencieux et que j'approche l'oreille de quelque encoignure. Si, alors, je bouche l'oreille gauche pour fermer accès à tout bruit du dehors, *j'entends par l'oreille droite ma pensée formulée*. Une idée que je désire cacher est rendue avec plus de force, surtout quand j'éprouve un sentiment quelconque, la crainte ou la honte. La nuit, une fois réveillé, si je reviens insensiblement au sommeil, arrivé à une demi-somnolence, je suis réveillé par ma pensée exprimée trop bruyamment. J'ai remarqué également que ma pensée était parlée par une sorte de voix venant de l'intérieur, surtout après avoir mangé. C'est comme un glapissement plaintif. (Si l'expression est ridicule, elle est seule vraie.) »

prend qu'on ne peut confier aucun secret à un individu atteint « du sifflement de la pensée », parce que ce secret doit forcément lui échapper toutes les fois qu'il y songe et il s'explique ainsi qu'on ne lui en ait pas confié depuis longtemps. Il n'a qu'un moyen et encore un moyen bien relatif de combattre son infirmité, c'est de s'introduire une boulette de coton dans l'oreille. « La pensée siffle quand même en dedans, mais il n'y a pas de *jet extérieur*, le coton jouant le rôle de milieu isolateur ou obturateur. »

Si le malade s'était arrêté là dans la voie morbide, il n'aurait pas, à tout prendre, franchi les limites d'une fausse interprétation, mais il est allé plus loin. Non seulement, en effet, il a essayé d'expliquer le mécanisme du phénomène éprouvé par lui, mais encore il en a recherché la cause, ce qui l'a conduit à un véritable délire. Il s'imagine, en effet, que tout vient de ce qu'il a refusé d'entrer dans la Franc-Maçonnerie. Les médecins qui l'ont soigné — tous Maçons bien entendu — pour lui donner une haute idée de la puissance de la secte et le décider à en faire partie, ont introduit dans ses remèdes des substances qui ont désagrégé son cerveau. Aussi, est-il décidé à se faire Maçon aussitôt guéri.

Du reste, on l'avait prévenu de ces sifflements avant leur apparition. Lorsqu'il était adjoint à X..., la dame de l'instituteur, dont le père était Maçon, lui dit un jour : « Les oies volent, les oies sont volées, les oies sont honnêtes, les *oreilles sifflent*. » Tout d'abord, il n'a pas prêté grande attention à ces paroles, mais depuis, elles lui sont revenues à la mémoire et il a compris qu'elles renfermaient un avertissement et un sens caché. Il en déduit qu'on peut arriver à faire siffler les oreilles à certaines personnes au moyen de médicaments contenant des substances qui agissent sur les nerfs « en modifiant leur état moléculaire, déterminant par exemple un courant plus fort que normal dans les fibres de Corti ou leurs ramifications ».

L... n'a jamais eu d'hallucinations psycho-sensorielles,

au moins complètes. Dans les premiers temps de sa maladie, il lui semblait entendre au loin comme des bruits de voix ou des allusions à sa personne, mais tout cela a été confus, indistinct et n'a pas tardé à disparaître.

Sous l'influence des divers traitements qui ont été employés jusqu'ici (toniques, sédatifs, hydrothérapie, etc., etc.), le malade se dit mieux, mais en réalité, on constate qu'il s'agit là d'améliorations fictives, temporaires, attribuables à l'action psychique de chaque nouvelle médication, l'état restant au fond invariablement stationnaire.

L'examen de l'oreille, pratiqué par le Dr Guément, qui le premier a eu à s'occuper du malade à ce point de vue, a donné les résultats suivants : « Otite moyenne catarrhale, avec diminution très notable de l'acuité auditive et bruit subjectif; ce qui correspond d'ordinaire à une compression exercée par la platine de l'étrier à la surface de la fenêtre ovale et amène la compression du nerf auditif. »

En somme, L... présente à la fois un bruit subjectif lié à une lésion auriculaire, de fausses interprétations et des idées délirantes d'hypocondrie et de persécution. Or, si l'on examine les choses de près, on voit que dans les rapports réciproques qui unissent le trouble sensoriel au trouble mental, c'est ce dernier qui joue le rôle prédominant et que son influence sur le bruit subjectif, qu'il modifie, module et anime d'une façon si complète, est de beaucoup supérieure à celle qu'il en reçoit. Le fait a de l'importance tant au point de vue étiologique qu'au point de vue pronostique, car dans ces associations morbides de symptômes psychiques et sensoriels, il est clair que le degré de curabilité des premiers est en raison inverse de leur intensité et en raison directe de leur subordination à l'altération matérielle de l'organe du sens. Ici, malheureusement, le malade est plus mental que sensoriel, si l'on peut ainsi parler, et sa lésion auditive, tout en ayant une action manifeste sur ses troubles psychopathiques, n'a exercé réellement sur eux qu'une action secondaire et toute d'occasion.

Toutefois, bien qu'halluciné, hypocondriaque et même délirant, bien qu'aliéné même, en fin de compte, L... conserve encore la majeure partie de sa lucidité, de sa conscience et de sa volition, si bien qu'il continue toujours et sans incidents notables ses fonctions si délicates et si absorbantes de professeur.

En résumé, les particularités principales de cette observation sont les suivantes :

1^o Il s'agit là d'un cas d'hallucinations unilatérales liées à une lésion chronique de l'appareil auditif, c'est à dire d'un nouveau cas à l'appui de l'étiologie sensorielle de l'hallucination unilatérale, telle que je l'ai formulée il y a douze ans.

2^o L'hallucination offre ici cette particularité d'être à la fois psycho-motrice et psycho-sensorielle : *psycho-motrice* par son caractère de pensée répétée, parlée intérieurement, avec mouvements muets, mais visibles, d'articulation ; *psycho-sensorielle* par sa localisation dans un organe des sens, l'oreille gauche. C'est ce que M. Séglas, dans ses récents travaux, désigne, comme nous l'avons vu, sous le nom d'*hallucination sensorio-motrice* ou *mixte*. Il est à remarquer que le malade de ma première observation offrait une hallucination unilatérale du même type, auditivo-motrice, ainsi qu'on a pu en juger par les notes ci-dessus.

Ce qu'il y a de particulier dans ces hallucinations mixtes, au moins dans les deux faits que j'ai observés, et je crois qu'il doit en être ainsi dans tous les cas d'hallucinations sensorio-motrices consistant dans la répétition de la pensée dans l'oreille, c'est que la perception sensorielle suit une voie différente de celle qui lui est propre dans l'hallucination psycho-sensorielle ; dans celle-ci, la perception est *centripète*, c'est à dire que la voix vient du dehors pour *entrer* par l'oreille, comme dans l'audition normale ; dans l'hallucination mixte, la perception est *centrifuge*, c'est à dire que

la voix est *intérieure* (comme disent les malades eux-mêmes), qu'elle part du dedans pour *sortir* par l'oreille. C'est évidemment à cause de la netteté de cette sensation qu'ils apprécient eux-mêmes que ces malades disent non pas entendre la voix ou la pensée des autres, mais, au contraire, qu'on entend leur propre pensée s'échappant malgré eux. Il serait intéressant de noter si les aliénés qui se plaignent qu'on perçoit ou qu'on vole leur pensée, ne sont pas en grand nombre atteints d'hallucinations sensorio-motrices.

3° Le sujet ici est plus qu'un halluciné devant exclusivement ses hallucinations à une lésion sensorielle. C'est, en outre et surtout, un délirant, un aliéné, on peut dire, pour être plus exact, un dégénéré avec tendance au délire systématique, encore raisonnable dans sa conduite et capable d'un travail régulier.

4° Cette prédominance de l'élément psychopathique sur l'élément sensoriel est, comme nous l'avons dit, d'une signification pronostique assez fâcheuse. Elle prouve, en effet, que, dans ce cas, le trouble mental n'est pas entièrement subordonné à la lésion sensorielle et par suite qu'il pourrait bien ne pas se dissiper par la guérison de celle-ci. Il est permis de penser cependant, que la disparition de l'épine auriculaire ou tout au moins du bruit subjectif, serait susceptible d'entraîner une amélioration plus ou moins marquée de l'état mental; à ce titre, il me paraît rationnel de pousser à fond le traitement local et je serais heureux d'avoir sur ce point l'avis de la Société.

M. Vergely. Je désire soumettre à la compétence de notre collègue M. Régis deux faits personnels qui me paraissent n'être pas sans analogie avec le cas d'hallucination dont il vient d'être question. On sait que les hallucinations sont rares chez les hémiplegiques et c'est précisément chez des hémiplegiques que j'ai observé

les hallucinations dont je vais sommairement retracer l'histoire. Dans le premier cas, il s'agissait d'un hémiplégique gauche, alcoolique, sujet à de bizarres hallucinations. Il lui semblait que son fils venait à côté de lui, lui parlait, mangeait même dans sa gamelle, au point que sa nourriture lui paraissait, de ce fait, devenir très diminuée. Il demandait alors à la sœur une portion supplémentaire. Ces hallucinations étaient intermittentes et se produisaient surtout à l'heure des repas. Elles n'étaient pas cependant provoquées par la supercherie, car il arrivait assez souvent d'observer concurremment chez ce malade une autre variété d'hallucinations qui pour lui étaient sans profit. Le matin, de bonne heure, il se levait, ne pouvant, disait-il, dormir dans son lit, que son fils venait occuper presque en totalité à son côté. C'est toujours du côté hémiplégique que se trouvait le sujet de l'hallucination.

Dans l'autre cas, j'avais affaire à une hémiplégique qui croyait voir une autre femme s'asseoir à son côté (du côté paralysé) et lui dire des injures. Comme dans l'observation précédente, ces hallucinations n'étaient que momentanées. Elles ont ensuite disparu.

Voilà les faits que j'ai observés. Quels rapports ont-ils avec ceux de M. Régis?

M. Régis. Les deux malades de M. Vergely présentent un grand intérêt et sont un peu comparables au mien, mais en différent par certains côtés. Au lieu de l'hallucination de l'ouïe observée chez mon malade, le premier hémiplégique de M. Vergely présentait une hallucination tactile qui lui faisait croire à la présence de son fils auprès de lui. J'ai relevé dans mon mémoire une observation d'hallucination identique qui datait de 1845; mais ici le malade n'était pas hémiplégique comme ceux de M. Vergely, dont les hallucinations avaient quelques points d'analogie avec les sensations perçues par certains amputés dans le membre opéré. Quant au second fait rapporté par M. Vergely, il me paraît être un cas d'hallucination visuelle et avoir une origine toxique, l'alcoolisme par exemple.

M. Villar. M. Régis manifestait tout à l'heure le désir d'apprendre ce que pourrait faire la thérapeutique en faveur de ce malade. Qu'il me permette de lui donner en deux mots mon avis. Si les troubles cérébraux ont une origine auriculaire, il me paraît logique de soigner à fond cette otite moyenne. Si les moyens ordinaires restent infructueux, pourquoi donc hésiter à ouvrir la caisse et à la traiter chirurgicalement? Je n'hésiterais pas, pour mon compte personnel, à accepter cette opération si j'étais affligé des troubles constatés chez le malade de M. Régis.

Spina bifida guéri. — Présentation de malade.

M. Piéchaud. L'enfant que je vous présente est âgé de quarante-sept jours et fut opéré, à l'âge d'un mois, d'un spina bifida lombaire, gros comme la moitié d'une orange et menaçant suffisamment l'existence pour légitimer une intervention chirurgicale. La tumeur, recouverte par une pellicule excessivement mince, présentait en son milieu un bourgeon granuleux saignant au moindre grattage. Elle se tendait fortement sous l'effort et se réduisait par la pression, mais en produisant des douleurs et des cris. La dissection de la poche fut essayée, mais sans succès, à cause de la minceur de la paroi. Du liquide céphalo-rachidien jaillit en abondance entre mes doigts et la moelle épinière apparut avec un petit chevelu de filets nerveux se perdant par leurs extrémités dans la base de la tumeur. Je sectionnai ces filets au ras de la poche et les réduisis avec la moelle épinière dans le canal vertébral. Restait à combler le trou osseux qui mettait l'intérieur du rachis en communication avec l'extérieur et devait permettre la facile reproduction de la hernie médullaire. Pour fermer cette porte, je disséquai de dehors en dedans une collerette de parties molles aussi épaisse que possible tout autour du trou rachidien et comprenant les tissus intermédiaires entre le squelette et la peau. Je m'arrêtai dans ma dissection à une certaine distance de l'orifice osseux, au moment où l'apparition de grosses veines turges-

centes me fit appréhender une hémorragie grave. J'avais ainsi obtenu un lambeau circulaire, concentrique à l'ouverture vertébrale. Je relevai et adossai par leur face externe, ramenée sur la ligne médiane, les deux moitiés latérales de ce lambeau qui fut assujéti par une suture dans cette position nouvelle. La brèche osseuse était de cette manière solidement comblée. Je mobilisai ensuite de dehors en dedans deux lambeaux de peau qui, fixés l'un à l'autre avec du crin très fin, vinrent ajouter un second plan résistant au premier plan de parties molles soigneusement appliqué, comme un bouchon, sur la fissure vertébrale. Aucun incident ne suivit l'opération. La guérison a été obtenue sans encombre et parfaite. C'est pour cela que j'ai cru intéressant de vous montrer ce petit malade dont la santé est aujourd'hui aussi prospère que possible et le spina bifida solidement guéri.

Élection.

M. Lavielle (de Dax), est élu, par vote, membre titulaire de la Société.

La séance est levée.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1893

PRÉSIDENCE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal.

M. Moure. N'étant pas présent à la dernière séance, je désirerais savoir de M. Régis quel est l'état exact de l'oreille de son malade. Avant de songer à agir sur la caisse, il faut bien nettement connaître la nature et l'étendue des lésions.

M. Régis. En prévision de la question que me pose

M. Mouré, j'ai demandé un complément de renseignements à M. Guément, qui m'a remis la note suivante :

« G..., dans son enfance et jusqu'au moment où il est venu (il y a un an), mouchait beaucoup. Mucosités abondantes tombant du nez dans le pharynx. Cornets volumineux, mollasses, notamment le cornet gauche. Celui-ci, je l'ai réduit par cautérisation. Bruits de vapeur dans l'oreille gauche. Bruits de voix, etc. Aujourd'hui, le tic-tac de la montre est entendu à droite à cinquante centimètres, à gauche à vingt centimètres. Chaînes raidies. Vaisseaux qui accompagnent le manche du marteau injectés. Après cathétérisme, la montre est entendue à droite à soixante-quinze centimètres, à gauche à quarante centimètres. Diapason au vertex également entendu dans les deux oreilles. Rinne positif dans les deux oreilles.

» Cette expérience consiste en ceci : quand le diapason, appliqué sur un point du crâne, cesse d'être entendu par l'oreille, on porte rapidement le diapason devant le conduit. Ici les ondes sonores ne sont plus transmises que par l'air. Si les vibrations sont perçues, on dit que la surdité est attribuable à une lésion du nerf. Si elles ne sont pas perçues, on dit qu'il y a lésion de l'appareil de transmission.

» Dans le premier cas, l'expérience est positive. Dans le deuxième, elle est négative. Valeur très contestable, attendu que, dans une multitude de cas où la lésion de l'oreille moyenne a été très nettement vue, on a eu un résultat positif.

» Notre malade est dans ce cas.

» Le diapason appliqué sur le vertex est ordinairement mieux entendu de l'oreille mauvaise, quand la surdité tient à un bouchon, épaississement du tympan, obstruction de la trompe, en un mot, quand il y a obstacle à l'écoulement des ondes sonores. Un cathétérisme en rendant les trompes perméables, une injection en enlevant le bouchon, peut faire cesser la surdité.

» Chez G... le tympan n'est pas notablement épaissi, la trompe est très perméable. Les chaînes seules sont

raidies et l'étrier est immobilisé, enfoncé quelque peu sur la fenêtre ovale gauche.

» Un fait que j'ai constaté, hier, chez ce malade, et qui ne se rencontre pas ordinairement (pour mon compte je ne l'avais jamais vu) est le suivant : le diapason appliqué sur une bosse frontale est ordinairement entendu dans l'oreille correspondante. Chez G..., si le diapason est appliqué sur la bosse frontale gauche, c'est l'oreille droite qui perçoit et *vice versa*.

» En résumé, chez G..., l'otite moyenne ne fait pas de doute.

» Les cathétérismes ont toujours amené momentanément l'arrêt ou la diminution du bruit subjectif dans l'oreille gauche. »

M. Moure. D'après les renseignements un peu contradictoires que nous donne M. Régis, le malade serait atteint d'une affection chronique sèche de l'oreille moyenne, très probablement d'une arthrite chronique de la chaîne et en particulier de l'articulation stapédo-vestibulaire. Je ne crois pas à une immobilisation de l'étrier, par ce seul fait qu'après le cathétérisme l'ouïe s'améliore notablement du côté atteint, ce qui me paraît incompatible avec une ankylose de l'étrier sur la fenêtre correspondante. Dans ce cas, il faudrait encore savoir si le bruit subjectif et surtout si les hallucinations disparaissent après l'insufflation, pour être alors autorisé à traiter l'oreille avec quelques chances de succès. Le traitement consisterait en injections variées dans la caisse, pression centrifuge et au besoin ténotomie du muscle tenseur ou mobilisation de la chaîne. M. Régis croit-il qu'une fois l'oreille guérie les accidents observés puissent disparaître?

M. Régis. On pourrait l'espérer, étant donné que les hallucinations sont liées aux bruits subjectifs provenant eux-mêmes de l'oreille gauche malade.

M. Davezac. A propos du petit malade que nous a présenté vendredi dernier M. Piéchaud, je demanderai à notre collègue, si la chloroformisation chez un enfant

aussi jeune, quarante-cinq jours je crois, n'a présenté aucune particularité digne d'être notée.

M. Piéchaud. J'ai opéré cet enfant sans l'endormir. Je compte d'ailleurs revenir sur les différents incidents qui ont traversé mon intervention, au moment de la discussion générale annoncée sur le spina bifida.

Correspondance.

Lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique relative au Congrès des Sociétés savantes qui aura lieu à Paris les 28, 29 et 30 mars 1894.

Kyste de l'ovaire avec sphacèle des cloisons interlobulaires. — Présentation de pièces.

M. Laroche, interne de M. Dudon, lit la communication suivante :

C... (Catherine), vingt-huit ans, lisseuse, entrée à l'hôpital le 9 décembre.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons que sa mère est morte à trente-huit ans d'une pneumonie; un frère est mort à trois ans, probablement de méningite tuberculeuse.

Les antécédents personnels de la malade sont assez mauvais; à six ans, elle a eu une adénite cervicale suppurée, dont la cicatrice est encore visible. Les règles ont apparu à onze ans, toujours abondantes, mais régulières. Cette femme a été surmenée par une profession pénible, mais n'a jamais eu de maladie bien caractérisée. Elle n'accuse pas de grossesse, cependant il existe sur l'abdomen des vergetures anciennes qui font révoquer en doute les affirmations de la malade.

Depuis longtemps, dit cette femme, son ventre était devenu fort, mais elle n'éprouvait aucune souffrance. Les règles étaient toujours abondantes et régulières; aucun trouble de la miction ni de la défécation.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, au moment de ses règles, la malade raconte qu'elle a éprouvé

une vive émotion, un saisissement, comme elle dit, les règles se sont brusquement arrêtées et une épistaxis abondante s'est produite. Puis le ventre a rapidement augmenté de volume et en quelques jours a atteint le développement énorme qu'il présentait à son entrée à l'hôpital.

À l'examen, on constate, en effet, que l'abdomen est très volumineux, globuleux; la cicatrice ombilicale est étalée. L'augmentation de volume porte plus particulièrement sur le côté droit et le poids de la tumeur oblige la malade à se coucher de ce côté.

La palpation indique de la fluctuation très nette, perçue quel que soit le point de l'abdomen que l'on explore. De plus, la cicatrice ombilicale se déplace avec la tumeur. À la percussion, on trouve de la matité dans la plus grande partie de l'abdomen, mais dans les parties déclives, dans le flanc droit et surtout le flanc gauche, il existe une zone de sonorité. Les caractères de la matité persistent quelle que soit la position prise par la malade. Le toucher vaginal montre que les culs-de-sac sont libres et que l'utérus est absolument indépendant de la tumeur.

L'état général de la malade est mauvais. Elle est pâle, amaigrie, très anémiée. Elle éprouve une dyspnée assez marquée et une toux incessante, dont on ne trouve pas la cause dans le poumon. Le pouls est petit et rapide. La température oscille aux environs de 38° le matin et 39° le soir. De plus, le membre inférieur gauche est le siège d'un œdème assez marqué par compression.

Le diagnostic kyste de l'ovaire est porté. On pratique une ponction qui donne issue à un liquide gommeux, fortement teinté par le sang et présentant en même temps quelques traînées blanchâtres ayant l'apparence du pus.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Sabrazès, montre qu'il n'existe aucun élément du pus et que le liquide a tous les caractères du liquide des kystes colloïdes.

Après la ponction, l'état de la malade est resté sta-

tionnaire, une intervention plus radicale a été décidée et pratiquée le 19 décembre.

L'abdomen ouvert, on découvre la tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter. Cette tumeur était adhérente à la paroi abdominale antérieure, surtout au niveau de la cicatrice ombilicale. En arrière et sur les côtés, il n'existait aucune adhérence. Avant d'extraire la tumeur, on ponctionne et on constate alors qu'il faut enfoncer le trocart dans plusieurs directions pour amener l'écoulement de tout le liquide. Le kyste était donc multiloculaire. Mais en même temps on constatait que le liquide contenu dans les différentes loges n'avait pas le même aspect; en quelques points, il était clair; en d'autres, il avait toutes les apparences du liquide hématique. On constatait aussi que beaucoup de cloisons étaient sphacélées, gangrenées, et ce sont ces tissus sphacelés qui donnaient au liquide l'apparence du pus; aucune mauvaise odeur ne s'en dégageait.

Voici cette tumeur. A la partie antérieure, il existe deux grandes loges, ce qui explique la fluctuation si manifeste. A la partie postérieure il existe, au contraire, un grand nombre de loges. Beaucoup de cloisons ont disparu. Il existe d'ailleurs des loges encore intactes.

Le poids de la tumeur est de six livres; une dizaine de litres de liquide en ont été retirés.

Cette observation nous semble intéressante à plusieurs points de vue.

C'est d'abord le développement rapide de la tumeur qui a acquis en quelques jours un volume énorme. La nature du liquide semble indiquer que cette évolution rapide est due à un épanchement de sang qui s'est produit au moment de la vive émotion éprouvée par la malade. Ces phénomènes aigus ne sauraient être attribués à la torsion du pédicule, qui a été trouvé court et large, sans aucune trace de torsion.

Un autre point intéressant est le sphacèle des cloisons. Faut-il attribuer ce sphacèle à la ponction? Nous ne le pensons pas, car l'état de la malade ne s'est pas aggravé après cette intervention. On ne saurait non plus incriminer

miner la torsion du pédicule. Nous pensons qu'il faut voir là des troubles de vascularisation qui ont amené en même temps une augmentation considérable de la tumeur et une gangrène des cloisons.

Cette observation est encore digne d'intérêt par les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale. L'état général de la malade s'est sensiblement amélioré et tout fait espérer une guérison assez prompte.

M. Dudon. J'ai cru devoir vous communiquer le fait dont vous venez d'entendre la relation à cause de certains points intéressants à signaler.

C'est d'abord l'âge relativement jeune de la malade, vingt-huit ans, le volume énorme de la tumeur, le développement très rapide du kyste qui s'accompagnait d'une vascularité très grande de la paroi abdominale, de dyspnée, d'œdème des membres inférieurs, à tel point qu'une ponction dut être pratiquée d'urgence à l'entrée de la malade à l'hôpital, pour parer aux accidents de suffocation qui paraissaient menacer l'existence. Un litre de liquide gommeux et filant fut retiré sans amener de soulagement. L'opération, pratiquée promptement, mit à nu des adhérences du kyste avec toute la paroi abdominale antérieure située au-dessous de l'ombilic. Par ailleurs la tumeur était libre. Elle appartenait à l'ovaire gauche et présentait un pédicule large et court, mais non tordu. A l'ouverture de la poche, nous avons constaté le sphacèle d'un certain nombre de cloisons interlobulaires, sphacèle dont vous avez pu vous-mêmes vous rendre compte sur les pièces mises sous les yeux de la Société. Toutefois, et c'est là le côté le plus bizarre de l'observation, ni les cloisons ni le liquide sanguinolent et gommeux contenu dans les loges kystiques n'avaient d'odeur de putréfaction. L'existence de foyers gangréneux au centre de la tumeur explique, je crois, le mauvais état général et la fièvre de la malade avant l'opération. Actuellement, l'opérée, ovariectomisée depuis quatre jours, va aussi bien que possible et tout me permet d'espérer une guérison prochaine.

**Rétrécissement infranchissable
de l'urètre — Urétrotomie externe sans conducteur
au thermocautère.**

M. Denucé lit le travail suivant :

X..., cinquante-deux ans, ancien capitaine au long cours, m'ayant été adressé par le D^r Roy de Clotte, entre à l'hôpital Saint-André le 5 septembre 1893, aux Grands-Payants, chambre n° 6.

Ce malade a eu, il y a vingt ou trente ans, plusieurs écoulements blennorragiques, dont il ne peut spécifier ni le nombre ni la date exacts. Il y a une dizaine d'années, il a fait une chute dans laquelle son périnée a heurté un corps dur, saillant. A la suite de cet accident, il a uriné du sang, puis a éprouvé une rétention d'urine. Un médecin lui a passé une sonde flexible qu'il a gardée quelques jours. Puis il l'a enlevée et s'est trouvé guéri. Depuis lors, il s'est remis à uriner sans plus de gêne qu'avant son accident.

Il y a deux ans, il a remarqué une diminution notable dans son jet. Quelque temps après, il a constaté que la miction devenait difficile et que, même quand il la croyait terminée, il voyait s'écouler encore, par gouttes, une certaine quantité d'urine. Il y a quelques mois, il a présenté à différentes reprises des phénomènes d'incontinence et croit n'avoir jamais eu de rétention. Cependant, sa santé générale paraît s'être altérée. Il a eu des douleurs lombaires et pelviennes, des troubles gastriques, des alternatives de constipation, de diarrhée et quelquefois des céphalalgies qui semblent indiquer une rétention incomplète d'urine probable.

Il y a sept jours, à la suite d'exercice forcé et peut-être aussi d'excès de table, il a été pris de rétention complète, urinant cependant encore un peu par regorgement. Puis, la rétention est devenue absolue. Le D^r Roy de Clotte, qui n'a pu faire arriver dans la vessie aucune sonde, aucune bougie, a fait treize fois la ponction hypogastrique. Toutes les tentatives de cathétérisme ont échoué.

Je vois le malade dès son entrée. Il est fatigué, abattu. Le pouls est petit, filiforme. La langue, blanchâtre au milieu et d'un gris sale sur les bords, est sèche et râpeuse. La température est de 38° environ. Le ventre est ballonné. A la percussion, on trouve la vessie proéminente notablement au-dessus du pubis. Le périnée est douloureux à la pression et paraît légèrement œdématié. Une bougie exploratrice de petit calibre (n° 6) rencontre un premier obstacle dans le milieu de la région péniennne et le franchit assez facilement; mais, dans la région membraneuse, elle est arrêtée et butte contre un obstacle qui ferme brusquement le canal sans paraître précédé d'une diminution infundibuliforme du diamètre de l'urètre. Toutes mes tentatives avec des bougies filiformes, simples, tortillées en vrille, multiples, etc., etc., restent infructueuses et à aucun moment je ne sens l'extrémité des bougies s'engager. L'emploi de la cocaïne ne me donne aucun résultat. Je fais une ponction hypogastrique et recommande de donner un long bain au malade et le soir de renouveler les tentatives et, au besoin, la ponction. Le soir, on a dû procéder à une quinzième ponction aspiratrice.

Le lendemain matin, après un séjour prolongé au bain, je fais quelques tentatives encore infructueuses de cathétérisme et je me décide à pratiquer immédiatement l'urétrotomie externe sans conducteur.

Le malade étant chloroformé et toutes les précautions d'asepsie prises, j'introduis un cathéter métallique cannelé dans l'urètre jusqu'au moment où je le sens arrêté par le rétrécissement. Je le confie alors à un aide, qui a soin, tout en le maintenant dans le plan médian, d'appuyer légèrement sur l'obstacle. Avec un thermocautère, suivant la méthode de mon maître le professeur Verneuil, je fais une incision de cinq centimètres environ, dont un peu moins de la moitié porte sur l'extrémité facile à sentir du cathéter. Incisant couche par couche et sans une goutte de sang, j'arrive jusqu'à l'urètre que j'ouvre sur le bout du cathéter. Je fais saisir les deux lèvres de la muqueuse urétrale avec des pinces à griffes

et à arrêt et prolonge en arrière mon incision, entamant avec la lame du thermo, sur une étendue de deux à trois centimètres, du tissu scléreux très dur. Au delà, je retombe sur un tissu en apparence normal. A ce moment et grâce à l'absence complète d'écoulement sanguin, il est facile de reconnaître, à la partie postérieure de l'incision, un pli enfoncé qui semble être le bout postérieur de l'urètre. Le cathéter, conduit avec précaution suivant la paroi supérieure, pénètre de lui-même dans cet orifice et chemine sans peine jusque dans la vessie. A ce moment, un flot d'urine s'échappe. Par la canule dont le cathéter est muni, je conduis dans la vessie une fine bougie de l'urétrotome de Maisonneuve armée de son conducteur et fais glisser dessus une sonde en caoutchouc rouge, à bout coupé n° 18, qui est laissée à demeure. Lavages boriqués de la vessie.

Les suites ont été des plus simples jusqu'au dixième jour. Pas de frissons, pas de fièvre. A ce moment, le malade me prévient qu'il ne peut plus uriner. Malgré les injections boriquées, il s'est fait dans le calibre de la sonde des dépôts calcaires qui ont fini par l'obturer. Il m'est même impossible de faire passer soit une bougie fine, soit une baleine, soit un mandrin conducteur. Je me vois obligé de retirer simplement la sonde, mais quand je veux la remplacer, la nouvelle sonde ne passe plus et se fait un chemin à travers la plaie périnéale incomplètement cicatrisée. Armée d'un mandrin, la sonde ne passe pas. Je me détermine à désunir les deux lèvres de la plaie périnéale, qui d'ailleurs ne sont unies qu'imparfaitement. Avec l'index gauche introduit dans la plaie, je vais à la recherche du bout postérieur de l'urètre; je reconnais d'abord l'orifice du bout antérieur où se présente l'extrémité de la sonde, puis la paroi supérieure de l'urètre et, faisant suivre celle-ci à la sonde que le doigt soutient, je pénètre dans le bout postérieur et de là dans la vessie.

Dès lors, la guérison a marché sans encombre et, le 10 octobre, le malade, sur sa demande, a quitté l'hôpital. Sa plaie périnéale était réunie complètement dans

la profondeur. Quelques jours après, M. Roy de Clotte a pu changer la sonde sans difficulté. Dans les premiers jours de novembre, la sonde à demeure a été supprimée et le malade a été soumis à des séances de dilatation par les Béniqué, traitement qu'il suit d'ailleurs d'une façon assez irrégulière. Il urine bien, à plein jet. Sa plaie est complètement cicatrisée.

Quelques points dans cette observation m'ont paru mériter d'être relevés. C'est d'abord l'innocuité absolue de quinze ponctions aspiratrices consécutives, puis la facilité et la bénignité de l'opération de l'urétrotomie externe sans conducteur. J'attribue en grande partie cette facilité à l'emploi du thermocautère, qui supprime tout écoulement sanguin, modifie fort peu l'apparence des tissus et permet de reconnaître facilement tout ce qu'on fait. Il ne faut pas compter absolument sur l'écoulement d'urine pour retrouver le bout postérieur. On l'a vu dans notre observation, l'urine ne s'est écoulée qu'après l'introduction du cathéter dans la vessie, venant sans doute à bout d'un spasme du col vésical surajoutant son action à celle du rétrécissement. J'étais prêt, si j'avais échoué dans la recherche du bout postérieur, à faire la taille hypogastrique et à pratiquer le cathétérisme rétrograde. J'en ai été dispensé par le succès de la manœuvre que j'ai décrite et qui m'a permis de pénétrer si facilement dans la vessie. Enfin, je crois devoir appeler l'attention sur l'accident qui, au dixième jour, a interrompu la marche régulière de la guérison. L'incrustation de sels calcaires a été telle, que je n'ai pu passer aucun conducteur et que j'ai dû simplement retirer la sonde. Celle que j'ai voulu mettre pour remplacer la première, au lieu de pénétrer dans le bout postérieur du canal, s'échappait par la plaie périnéale. J'ai dû désunir celle-ci, introduire l'index gauche et, après avoir reconnu au toucher l'état des parties, j'ai pu du

bout du doigt soutenir et guider la sonde et la faire pénétrer dans le bout postérieur de l'urètre et de là dans la vessie. A partir de ce moment, la guérison est survenue rapidement et sans autre incident.

M. Dudon. L'urétrotomie externe était évidemment indiquée chez ce malade, gras et obèse, que j'avais eu occasion de voir en ville et qui fut admis à l'hôpital pendant mon absence, au moment des vacances. J'ai fait pas mal d'urétrotomies externes, mais n'ai jamais employé le thermocautère dont se loue M. Denucé. Le thermocautère peut avoir ses avantages, celui notamment d'empêcher l'hémorragie, mais il me paraît moins apte que le bistouri à modifier rapidement les périnées calleux et fistuleux qui trop souvent s'observent en pareils cas. Les indurations périnéales incisées à ciel ouvert, avec l'instrument tranchant, fondent pour ainsi dire comme par enchantement. M. Denucé a été très heureux de trouver aussi vite le bout postérieur du canal. En général, la tâche est beaucoup plus ardue, même en incisant d'avant en arrière les tissus indurés, comme l'a fait notre collègue. Cette découverte du bout postérieur a toujours été le côté délicat de l'urétrotomie externe.

Dans ma thèse, sur ce sujet, j'ai signalé un petit procédé imaginé par Demarquay et qui consiste à inciser transversalement la région urétrale, en arrière du bout antérieur. De cette façon l'on arrive quelquefois à bien découvrir l'orifice postérieur. En tous cas, ce mode d'incision me semble plus logique que celui qui coupe d'avant en arrière. Malheureusement ce procédé échoue comme les autres en certains cas où la route est introuvable par le périnée et force nous est de recourir au cathétérisme rétrograde. Cette dernière ressource, à coup sûr très précieuse, constitue néanmoins une véritable complication opératoire qui n'est pas une quantité négligeable. Aussi ne doit-on la pratiquer que contraint et forcé.

M. Villar. Puisqu'il est question de la découverte du

bout urétral postérieur dans l'urétrotomie externe, je me décide à signaler un petit procédé, je pourrais plutôt dire un truc dont je n'ai jamais parlé tant il me paraissait simple et qui, cinq fois sur cinq, m'a permis de trouver et d'enfiler très rapidement l'orifice postérieur du canal. J'applique la pulpe de l'index gauche sur la symphyse du pubis et, sur ce doigt, je glisse la sonde cannelée qui entre ainsi très facilement. Dans le dernier des cinq cas où mon procédé a réussi, il s'agissait d'un malade opéré par un de nos collègues auquel je prêtai mon assistance. Après de longues recherches infructueuses, je me permis de proposer mon petit artifice : d'emblée j'entrai dans la vessie.

M. Loumeau. Quelle que soit la simplicité que lui reconnaisse son auteur, un procédé qui, cinq fois sur cinq, permet de pénétrer aussi aisément le bout postérieur de l'urètre dans l'urétrotomie externe mérite d'être bien connu. Aussi serais-je reconnaissant à M. Villar d'insister plus qu'il ne l'a fait sur son *modus faciendi*.

M. Villar. De bas en haut, je refoule avec mon indicateur gauche les parties molles qui occupent la région au centre de laquelle doit se trouver le segment postérieur de l'urètre. Ces parties molles sont de cette manière appliquées fortement sous l'arcade pubienne. Ainsi englobée de tous côtés par des plans résistants qui l'empêchent de se dérober, la région péri-urétrale est immobilisée. Le bout postérieur est là, sans doute, au centre de cette région où le stylet, la sonde cannelée, appuyés sur la pulpe digitale comme conductrice, rencontrent plus facilement et pénètrent le bout urétral. Ceci n'est qu'une explication. Le fait brutal est celui que j'ai signalé.

M. Pousson. Le procédé dont parle M. Villar me paraît difficile à expliquer. Notre collègue met le doigt sur la ligne médiane et rien de plus : le reste s'accomplit sans qu'on puisse dire comment. Un procédé meilleur, à mon avis, est celui recommandé par M. Guyon. Il consiste à saisir chacune des lèvres du bout antérieur de l'urètre avec une anse de fil. De cette manière la

paroi supérieure est bien tendue et sur elle, comme sur un plafond rigide, se guidera l'instrument pour aller vers le bout postérieur. Il est rare que par ce moyen l'on n'arrive pas au but. Il m'a réussi trois fois sur cinq. Je dirai à M. Dudon qu'avec un périnée fistuleux et induré, il est habituellement indiqué de pratiquer l'urétrotomie externe, mais que cette indication n'est pas absolue. Chez un malade rétréci et porteur de fistules périnéales, l'urétrotomie interne amena entre mes mains la guérison complète et du rétrécissement et des fistules. Il faut pourtant faire ici une distinction. Avec fistules et indurations anciennes, l'urétrotomie interne peut être de mise. L'urétrotomie externe est justement indiquée lorsque l'infiltration est récente.

M. Dudon. Sans me rendre compte du procédé de M. Villar, je le comprends parce qu'instinctivement on le fait. On met le doigt au fond du périnée et sur le doigt on pousse l'instrument; si ça passe, ça passe; mais ça ne passe pas toujours ni souvent. Tout à l'heure, M. Pousson nous donnait comme récent et appartenant à M. Guyon le procédé qui consiste à saisir avec une anse de fil chaque lèvre du segment urétral antérieur. Je n'oserais être aussi affirmatif que notre collègue sur le véritable auteur de ce procédé. Mais je sais qu'en 1866, Dolbeau l'employait souvent et le recommandait à ses élèves. En parlant des avantages de l'urétrotomie externe, j'ai voulu vanter l'heureuse influence de cette opération sur les indurations et les fistules périnéales, sans toutefois prétendre que l'urétrotomie externe ait exclusivement cette propriété. L'urétrotomie interne peut quelquefois amener le même résultat; mais la règle est de le demander à l'urétrotomie externe.

M. Loumeau. M. Pousson vient de nous dire que les fistules et les indurations périnéales anciennes pouvaient ne pas contre-indiquer l'urétrotomie interne, tandis que les indurations et les foyers récents, peuplés sans doute de microbes plus actifs, commandaient l'urétrotomie externe. A cela, je répondrai que la formule ainsi posée me paraît trop absolue. En voici la preuve.

Dernièrement, un rétréci se présentait à moi avec une tumeur urinaire périnéale récente, grosse comme une prune, douloureuse, chaude, rénitente. L'introduction d'une fine bougie conductrice dans le canal me permit de passer l'urétrotome et je fis l'urétrotomie interne sans d'ailleurs mettre de sonde à demeure. Tout alla bien par la suite. Le malade guérit sans aucun accident et de son rétrécissement et de sa tumeur périnéale, qui fondit d'elle-même sous mes yeux après le rétablissement de la perméabilité urétrale. A M. Denucé, je dirai que chez un sujet très gras comme son malade, le thermocautère était parfaitement indiqué pour la section des parties molles; l'hémostase est de cette manière grandement facilitée. Mais ce que je comprends moins, c'est que, ainsi que le disait notre collègue, l'emploi du couteau rougi puisse amener une section aussi nette que le bistouri des parties profondes, de l'urètre notamment. Il me semble que cet avantage ne saurait être disputé à l'instrument tranchant, qui, en outre, permet la réunion très rapide de la plaie périnéale. Dernièrement, je pratiquai au bistouri l'urétrotomie externe sans conducteur sur un malade dont la plaie était le dixième jour complètement et solidement cicatrisée.

M. Denucé. Je n'ai pas dit que le thermocautère faisait une section aussi nette que le bistouri, mais qu'il ne modifiait pas sensiblement l'aspect des tissus. Quant au procédé des fils tenseurs du bout antérieur, procédé de Guyon ou de Dolbeau, comme on voudra, je l'ai employé, moi aussi, mais sans succès constant.

M. Loumeau. Ce procédé, si logique et si rationnel qu'il paraisse, ne réussit pas toujours, il s'en faut. Moi-même, chez le second malade auquel je faisais tout à l'heure allusion, je l'ai vainement mis en pratique. Après de longues et infructueuses recherches, je dus renoncer à découvrir le bout postérieur et recourir au cathétérisme rétrograde, opération d'ailleurs couronnée d'un plein succès.

M. Pousson. Dans le premier cas cité par M. Loumeau, il s'agissait non pas d'une infiltration d'urine,

qui eût commandé l'urétrotomie externe, mais d'une tumeur urinaire à laquelle l'urétrotomie interne était applicable. La chose est bien différente. En parlant des périnées à induration récente, auxquels d'urgence devait être appliquée la section externe, j'ai seulement visé l'infiltration d'urine, nullement les tumeurs urinaires.

La séance est levée.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1893

PRÉSIDENTE DE M. VERDALLE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Lichen plan isolé de la bouche. — Présentation de malades.

M. Frêche. J'ai l'honneur de présenter à la Société deux malades de la Clinique de dermatologie de la Faculté, atteints de lichen plan de la bouche.

Malgré la localisation exclusive de la lésion à la bouche et l'absence complète de toute éruption cutanée, le diagnostic de lichen plan s'impose.

Chez le premier sujet, une femme de quarante-huit ans, les lésions sont à peine appréciables; elles ont à peu près disparu à la suite d'un traitement arsenical qui remonte à un mois et demi. Elles s'étaient manifestées à la face interne des deux joues, sous forme de cordons blancs nacrés, d'un demi-millimètre de large, anastomosés en réseau, avec des points nodaux et donnant au toucher une sensation cartilagineuse.

Le deuxième malade n'a pas encore subi le traitement arsenical. Sur la face interne des deux joues, on trouve des lésions à peu près analogues à celles que présentait

la première malade. Sur la langue existent plusieurs plaques blanchâtres, ovalaires, non décapillées et modérément dures au toucher. Ces lésions sont complètement indolores, le malade n'est pas fumeur.

Le lichen plan de la bouche associé au lichen plan de la peau est assez commun et si l'on ne l'a pas signalé plus souvent, c'est qu'il passe inaperçu. Mais pour ce qui est du lichen plan isolé de la bouche, il n'existe pas d'observation à notre connaissance. Il est vrai que sur ce dernier point nous n'avons pas encore fait de recherches très nombreuses.

Chez nos deux malades, les lésions ne peuvent guère faire penser qu'à de la leucoplasie ou à de la syphilis. Ils ont, du reste, été soignés comme syphilitiques par deux confrères très distingués de notre ville, mais le traitement n'a donné aucun résultat.

L'un des malades a subi le traitement arsenical qui a amené l'effacement presque complet des lésions. Nous espérons que ce traitement sera aussi efficace chez notre second malade.

M. Méneau. J'ai examiné moi aussi ces malades à la Clinique dermatologique. Le diagnostic m'a paru difficile à porter chez le jeune homme, qui ne présentait ni les élevures ni les fendillements signalés par Kaposi; certaines plaques présentent un léger bourrelet circulaire nié par Thibierge et Feulard; enfin la douleur, observée par Feulard chez un de ses malades qui avait la sensation de mâcher du poivre, manque totalement dans le cas actuel. Je me demande, pour ces motifs, si nous sommes bien, chez ce sujet, en présence d'un cas de lichen plan isolé de la bouche.

M. Arnozan. Le lichen plan est difficile à diagnostiquer lorsqu'il est limité à la bouche et l'on peut alors le confondre avec le psoriasis buccal. Je voyais, il y a quelques mois, un malade présentant sur la voûte palatine et la face interne des joues des plaques blanches et des réseaux blancs nacrés analogues à ce que vient de nous décrire M. Frèche. Ce malade avait été traité sans succès comme syphilitique. L'aspect de ces papules

nacrées me fit porter immédiatement le diagnostic de lichen plan, d'ailleurs facilité dans le cas actuel par la coexistence chez le même sujet de lésions identiques à la main. Il est nécessaire, à mon avis, lorsqu'on se trouve en présence d'un lichen plan de la bouche, de rechercher avec soin sur le reste du corps des manifestations susceptibles de corroborer le diagnostic.

M. W. Dubreuilh. J'ai présenté l'année dernière dans cette Société deux cas de lichen plan miliaire généralisé qui portaient tous les deux des lésions étendues de la muqueuse buccale. Les lésions des muqueuses dans le lichen plan ne sont pas rares, mais elles échappent souvent parce que les malades les ignorent et n'attirent pas sur elles l'attention du médecin. Ce qui est fort rare, c'est leur localisation exclusive dans la bouche, car je n'en connais pas d'observation publiée. Chez la première malade, la guérison sous l'influence du traitement arsenical, après l'échec du traitement mercuriel, vient confirmer le diagnostic. Chez le second malade, le diagnostic est plus difficile, il ne me paraît cependant pas douteux.

L'objection d'indolence soulevée tout à l'heure par M. Méneau ne peut m'arrêter longuement, car l'indolence me semble être la règle et la douleur l'exception.

Le lupus érythémateux de la bouche, comme j'en ai vu un cas, associé au lupus érythémateux de la face, peut simuler, par les plaques blanches qu'il présente parfois, le groupe des leuco-kératoses buccales. Il faut bien dire que sur ce point de diagnostic différentiel beaucoup d'obscurités règnent encore, que l'avenir et l'observation finiront sans doute par dissiper.

La séance est levée.

TABLE GÉNÉRALE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

	Pages.
FONDATION de la Société.....	V
DÉCLARATION d'utilité publique.....	VIII
DÉNOMINATION de la Société.....	IX
LEGS Fauré.....	X
LEGS Dubreuilh.....	XI
MEMBRES du Bureau de la Société de Médecine et de Chirurgie depuis sa fondation.....	XII
MEMBRES du Bureau de la Société médico-chirurgicale depuis sa fondation jusqu'à sa fusion avec la Société de Médecine.....	XV
STATUTS de la Société.....	XVII
RÈGLEMENT.....	XXI
PERSONNEL.....	XXXI
 BIBLIOTHÈQUE (Commission de la).....	 6
— (Rapport de la Commission de la).....	242
BUREAU. Élections pour l'année 1893.....	506
COMPTE rendu du Secrétaire général.....	1
COQUET (DE), élu membre titulaire.....	485
COURTIN, élu membre titulaire.....	240
DISCOURS du Président sortant.....	5
DUNOGIER, élu membre titulaire.....	12
FERRON, élu membre titulaire.....	144
FINANCES (Commission des).....	6
— (Rapport de la Commission des).....	40
FLORNOY, membre titulaire (Décès de).....	265
ISSOULIER, élu membre correspondant.....	485
LACORRET, élu membre correspondant.....	40
LAVIELLE, élu membre titulaire.....	722

	Pages.
LEGENDTRE, membre correspondant (Décès de).....	218
MESNARD, élu membre titulaire.....	124
PERRENS, membre honoraire (Décès de).....	485
PRIX des internes.....	463
— de la Société pour 1894.....	23
ABCÈS du foie ouvert dans la poitrine.....	120
ACIDE phénique (Injections d') dans l'anthrax et la pustule maligne ..	556
ACCOUCHEMENTS (Histoire de l'École d') à Bordeaux.....	652
ACCOUCHEMENT dans le sommeil hypnotique.....	552
ACNÉ varioliforme.....	277
ACROMÉGALIE.....	675
ALBUMINURIE. Régime lacté.....	486
ANGIOKÉRATOME.....	240, 353
ANKYLOSE temporo-maxillaire.....	18, 253
ANTHRAX, injections d'acide phénique.....	556
APHASIE neurasthénique.....	365
ARTHRITE déformante.....	647
ARTHRODÈSE médio-tarsienne dans pied bot valgus paralytique.....	590
ASTIGMATISME et épilepsie.....	61
AUTOMATISME ambulateur de nature hystérique.....	31
BOUCHE, lichen plan.....	737
BROME, éruption bromurique.....	215
CALCULS enchatonnés de la vessie.....	614
— récidivants de la vessie.....	477
— urétraux chez la femme.....	266
CALCUL de l'urètre.....	50
CATARACTE (Variation de l'urée après les opérations de).....	354
CAVALIERS (Ostéome des).....	219
CHANCRES mous (Épidémie de).....	608
COUDE (Résection ancienne du).....	331
CRÉOSOTE.....	177
CURETTAGE utérin pour rétention de débris placentaires.....	472
DENT de sagesse, accidents.....	11, 542
— double hétérotopie.....	485
DIABÈTE et pancréas.....	314
DIARRHÉES infantiles et lait stérilisé.....	404
ÉPANCHEMENT pleurétique, mort rapide.....	23
ÉPILEPSIE et astigmatisme.....	61
FIÈVRE intermittente d'origine hystérique.....	469
(Absès du) ouvert dans la poitrine.....	129
FOLIE après ovarosalphingectomie.....	279
FOLLICULITE bucco-pharyngée.....	124
GASTRO-ENTÉROSTOMIE, suture gastro-intestinale.....	150
GLAUCOME.....	182
— incisions périorbitaires.....	197
HALLUCINATION unilatérale de l'ouïe.....	701, 722
HÉMORRAGIE ombilicale.....	291

	Pages.
HÉMORRAGIES gastro-intestinales des nouveau-nés.....	416
HERNIE étranglée et sphacèle, nouveau procédé opératoire.....	502
— inguinale.....	174
HERSE-CURETTE pour granulations.....	308
HYDRONÉPHROSE intermittente.....	82
HYDROTHORAX, thoracentèses répétées.....	92
IMPOTENCE fonctionnelle.....	349
INJECTIONS de liquide testiculaire.....	462
INSTITUT Pasteur (Malade retour de l').....	144, 169
INSUFFISANCE mitrale.....	258
IRRIGATEUR oculaire.....	310
KYSTE du mésentère.....	254
— de l'ovaire.....	725
KYSTES hydatiques de la rate, du foie et de la plèvre.....	231
LAIT stérilisé dans les diarrhées infantiles.....	404
LAPAROTOMIE (Résection involontaire de la vessie dans la).....	370
LARYNGOCÈLE.....	257
LENTIGO infectieux.....	265
LICHEN plan de la bouche.....	737
LUPUS tuberculeux de la face.....	693
LYMPHANGIOME de la joue.....	181
MALADIES observées en décembre 1892.....	6
— janvier 1893.....	49
— février.....	124
— mars.....	179
— avril.....	219
— mai.....	274
— juin.....	346
— juillet.....	403
— août et septembre.....	485
— octobre.....	566
— novembre.....	636
MAL de Pott, injections de naphtol camphré.....	368
MÉSENTÈRE (Kyste du).....	254
MICITION d'origine utérine (Troubles douloureux de la).....	597
MYOPIE scolaire, étiologie et prophylaxie.....	566
NAPHTOL camphré dans le mal de Pott.....	368
ORBITE (Tumeur de l').....	337, 346
OSTÉO-ARTHROPATHIE hypertrophiante pneumatique.....	404
OSTÉOME des cavaliers.....	219
OTORRHÉE, extraction des osselets.....	625
OUIE (Hallucination unilatérale de l').....	701
OVAIRE (Kyste de l').....	725
OVAROSALPINGECTOMIE (Folie consécutive à l').....	279
PANCRÉAS et diabète.....	344
PHOSPHATES de chaux.....	312
PIED BOT valgus paralytique (Arthrodèse médio-tarsienne).....	590
PILULES, nouvel excipient.....	194

	Page
POMMADE sulfonée.....	7
PUSTULE maligne, injections d'acide phénique.....	556
RÉGIME lacté dans l'albuminurie.....	486
ROTULE (Luxation incomplète de la).....	170
SOMMEIL hypnotique (Accouchement dans le).....	552
SPINA BIFIDA.....	721
STERNUM (Tumeur du).....	274
TAILLE hypogastrique.....	94
TARSECTOMIE pour pied-bot.....	175
TATOUAGE dans le trachome et le lupus palpébral.....	293
THORACENTÈSES réitérées dans les hydrothorax.....	92
TRACHÉOTOMIE d'urgence.....	27
TREMBLEMENT hystérique.....	328, 426
URÉE (Variations de l') après les opérations de cataracte.....	354
URÈTRE (Rétrécissement infranchissable de l').....	729
URO-ACIDIMÈTRE.....	228
VESSIE (Résection involontaire de la) dans la laparotomie.....	370



3 9015 07025 0488

